



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ &
Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
Δ/ΝΣΗΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ

Ταχ. Δ/ση:
Τ.Κ. – Πόλη: –
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο :
E-mail:

Βαθμός Ασφαλείας :
Να διατηρηθεί μέχρι :

.....,-.....-2020

Αρ. Πρωτ. Βαθμός Προτερ.

ΠΡΟΣ: Ιατρό σχετικής ειδικότητας ή Ιατρό
σχετικής ειδικότητας Υγειονομικής
Δομής (δημόσιας ή ιδιωτικής)

για τη γνωμάτευση ότι ο/η κατωτέρω
εκπ/κός ή το μέλος ΕΕΠ-ΕΒΠ emπίπτει
στις ομάδες αυξημένου κινδύνου της
ΔΙΔΑΔ/Φ.64/420/16446/17.9.2020
(ΦΕΚ 4011 Β/18-9-2020, ΑΔΑ:
ΩΔΧ746ΜΤΛ6-956) ΚΥΑ

ΘΕΜΑ: Παραπεμπτικό έγγραφο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 67, παρ. 1 του ν. 4722/2020
(ΦΕΚ 177 Α')

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠ/ΚΟΥ Ή ΜΕΛΟΥΣ ΕΕΠ-ΕΒΠ

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	
ΚΛΑΔΟΣ	
ΛΕΚΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟΥ	

Βεβαιώνω ότι τα καθήκοντα που ασκεί ο/η ανωτέρω εκπ/κός/μέλος ΕΕΠ-ΕΒΠ της υπηρεσίας
μου είναι τα ακόλουθα:

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι συνθήκες εργασίας, που έχουν διασφαλιστεί για την προστασία της υγείας του/της
ανωτέρω εκπ/κού/μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ της υπηρεσίας μου, προκύπτουν από τα ακόλουθα:

Πίνακας 1 – εργαζόμενοι

A/A	Σχολική μονάδα [συμπληρώνεται η καθεμιά σχολική μονάδα απασχόλησης του/της εκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ]	Έκταση χώρου εργασίας (m ²) [αίθουσα διδασκόντων (εάν υπάρχει) ή άλλη αίθουσα εργασίας]	Αριθμός εκπ/κών και μελών ΕΕΠ-ΕΒΠ που χρησιμοποιούν ταυτόχρονα την αίθουσα

Πίνακας 2 – μαθητές/τριες

A/A	Σχολική μονάδα [συμπληρώνεται η κάθεμια σχολική μονάδα απασχόλησης του/της εκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ]	Τμήμα σχολικής μονάδας	Έκταση χώρου εργασίας (m ²) [αίθουσα διδασκαλίας]	Αριθμός μαθητών/τριών [συμπληρώνεται ο συνολικός αριθμός ατόμων π.χ. μαθητές/τριες + εκπ/κός + εκπ/κός παράλληλης στήριξης]

Λοιπές παρατηρήσεις για τις συνθήκες εργασίας (συμπληρώνεται εφόσον υπάρχουν):

.....
.....
.....
.....

Ελεγκτής Ιατρός ή Ιατρός Εργασίας ή άλλος/η
ιατρός της υπηρεσίας, εφόσον υπάρχει

.....
(ονοματεπώνυμο)

Θέση ευθύνης

Ο/Η

.....
(ονοματεπώνυμο)