**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Ατομικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ........................................................

Όνομα: .......................................................

Όνομα πατέρα: ................................................

Όνομα μητέρας: ..............................................

Δ/νση κατοικίας: ..............................................

.........................Τ.Κ. .............

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

(σταθερό) ..........................................................

(κινητό) ..............................................................

Δ/νση ηλεκτρ. ταχυδρομείου (e mail):

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

**Υπηρεσιακά στοιχεία**

Α.Φ.Μ. ..........................................

Ειδικότητα: ........................................................

Κλάδος: ΠΕ ...........

Θέση Υπηρέτησης:

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

**Θέμα: «Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας»**

................................., ..... / ...... / 20 ........

**ΠΡΟΣ:** κ. Διευθυντ…… /Προϊσταμεν……

τ... …. Δημ. Σχολείου/Νηπιαγωγείου

…………………………………………..

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική** **άδεια αιμοδοσίας** ……………………... (…….) εργάσιμ…. ημερ….. με πλήρεις αποδοχές, για το χρονικό διάστημα από ….. / .…. / 20…. έως και ..… / ..… / 20……

(ημερομηνία αιμοληψίας: ………………………...)

Συνοδευτικά, θα προσκομίσω βεβαίωση πραγματοποίησης της αιμοληψίας.

Ο Αιτών/Η Αιτούσα

.............................................. (Ονοματεπώνυμο)