**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
|  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |
| ΟΝΟΜΑ |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ |
| ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |
|  |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟΣ-ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ-ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ) |
|  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ |
|  |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ |
|  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |
|  |
| ΤΚ/ΠΟΛΗ |
|  |
| ΣΤΑΘΕΡΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ |
| e-mail | |

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας …….… ημερ……. λόγω αιμοδοσίας/λήψης αιμοπεταλίων**

………………………….…………………, ………/………../……………….

(ΤΟΠΟΣ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

**ΠΡΟΣ**

**Δ.Δ.Ε. Λακωνίας**

(μέσω του του/της Διευθυντή/ντριας)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας(1) …...………………… (…….) ημερ…….. συγκεκριμένα από …….../...../……... έως και ....../...../…….. Η αιμοδοσία πραγματοποιήθηκε στις ....../...../…….. και έδωσα αίμα

🗆 ανταποκρινόμενος σε πρόσκληση για κάλυψη έκτακτης

🗆 ανάγκης συμμετέχοντας σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία

🗆 προσερχόμενος από δική μου πρωτοβουλία στο κέντρο αιμοληψίας

Συνημμένα υποβάλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος, στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

Ο/Η αιτών/αιτούσα

…………………………………………………………………….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)