**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Σχέση Εργασίας: ………………………………

Εκπαιδευτικός Κλάδου:

Σχολείο οργανικής θέσης: ..

 ..

Σχολείο που υπηρετεί: ..

 ..

Δ/νση κατοικίας: ..

 ..

Τηλέφωνο: ..

e-mail:…………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας»**

(τόπος, ημερομηνία)

**Προς**

**………………………………….**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας διάρκειας ..…………... ( ) ημερ…...,

από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / ……

Συνημμένα θα υποβάλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία με την επιστροφή μου στο σχολείο.

……. ΑΙΤ…….

………………………………………………………

(υπογραφή εκπαιδευτικού)