

ΑΙΤΗΣΗ

Αναπληρωτές/τριες

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Πατρώνυμο.....

Κλάδος.....

Σχολείο που υπηρετώ.....

Δ/νση κατοικίας.....

Τηλέφωνο.....

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας αιμοδοτικής σε
αναπληρωτές/τριες**

ΠΡΟΣ

Την Διευθύντρια του 1^{ου} Γυμνασίου Ν.
Μουδανιών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια
αιμοδοσίας, βάσει της παρ.5, άρθρο 50,
ν.3528/2007, άρθρο 81, ν.4589/2019,
παρ.2^α, άρθρο 47, ν.4674/2020, Εγκύκλιος
ΥΠΕΣ (ΔΙΔΑΔ/Φ.51/538/12254/14-05-
2007)

..... ημερ..... από.....
μέχρι..... διότι.....

Μαζί υποβάλλω και:

1. Βεβαίωση του Νοσοκομείου

Ημερομηνία:.....

..... Αιτ.....