**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………

………………………………………………………..

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………

**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας …………… ημερών από ………………… έως και …………………

Συνημμένα υποβάλλω βεβαίωση κατάθεσης αίματος από τον αρμόδιο φορέα.

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

|  |
| --- |
| **Ο Αιτών/ Η Αιτούσα** ……………………………………………………… (Ον/μο- υπογραφή) |

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας-**

 **αιμοληψίας »**

ΛΑΜΙΑ:…………………………………………..