**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.

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

……………………………………………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας »**

ΛΑΜΙΑ:…………………………………………..