|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:………………………….Όνομα:…........................................ Όνομα πατέρα:…………………….Όνομα μητέρας:……………………Κλάδος:……………………………Δ/νση κατοικίας:………………….Τηλ. κατοικίας:……………………Κινητό τηλ.:………………………ΑΦΜ:……………………………..Σχολείο/α που υπηρετεί………………..…………………………………………**Θέμα: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας»**………………………………………………*(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**……………………………………………………….  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **αιμοδοσίας** ……....................... (.....) ημερ..... και συγκεκριμένα από ...../...../........ μέχρι ....../...../..........Ημερομηνία αιμοδοσίας: ………/………../………….. Σημειώστε με **√**:

|  |  |
| --- | --- |
| *Θα προσκομίσω βεβαίωση αιμοδοσίας* |  |
| *Έχω προσκομίσει βεβαίωση αιμοδοσίας* |  |

(σημειώστε **Χ** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)□ ανταποκρινόμενος σε πρόσκληση για κάλυψη έκτακτης ανάγκης□ συμμετέχοντας σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία□ προσερχόμενος από δική μου πρωτοβουλία στο κέντρο αιμοληψίας  **Ο/Η Αιτ.......** ................................ |
|  |  |