|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **Επώνυμο**:…………………………………………………………..  **Όνομα**:…...............................................................  Όνομα πατέρα:………………………………………………….  Κλάδος/Ειδικότητα:……………..……………………………  Δ/νση κατοικίας:……………………………………………….  Τηλ. κατοικίας:……………………………….…………………  Τηλ. Κινητό.:…………………………………………………….  ΑΦΜ:……………………………………………………….……..  **ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**  Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ  Ωρομίσθιος  **ΚΕΔΑΣΥ/Σχολείο/α που υπηρετεί:**  …………………………………………………………………………  **Θέμα: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας/αιμοληψίας»**  ………………………, ………/………./20……  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**:  ………………………………………………………………  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας/αιμοληψίας ………………………. ( ) ημέρας/ημερών.  Για της παρακάτω ημέρες ή ημέρα\*:  ………/……./………….. και  ……./….…/……………,  *\* (δυο εργάσιμες ημέρες για κάθε αιμοδοσία/αιμοληψία είτε συνεχόμενα με το χρόνο της αιμοδοσίας ή οποτεδήποτε εντός της σύμβασης. Σε κάθε περίπτωση δεν μεταφέρονται στο επόμενο ημερολογιακό έτος.)*  ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:  Βεβαίωση αιμοδοσίας/αιμοληψίας ………….  ………………………………………………………………….  **Ο/Η Αιτ.......**  …………………………………  (υπογραφή) |