|  |  |
| --- | --- |
| **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) |