**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**:

**ΟΝΟΜΑ**:

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ**:

Καθηγητ……… Κλάδου

Βαθμός:

Μ.Κ

Δ/νση κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Σχολείο οργανικής θέσης:

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αιμοδοτικής άδειας»**

 (η αίτηση να συμπληρώνεται λεπτομερώς)

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνονται τα παρακάτω στοιχεία του υπαλλήλου:

Συνολ. χρόνος υπηρεσίας …………..

Έλαβε αιμοδοτική άδεια κατά το ίδιο

ημερολογιακό έτος:

(……) ………………………….. ημερών

Κρίνεται ή δεν κρίνεται απαραίτητη

η χορήγηση της άδειας που ζητεί

…………………………………………………

 Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

 ΑΡΓΕΝΤΟΥΛΑ ΠΑΣΧΑΡΗ

 **Π Ρ Ο Σ :**

Το Τον κ. Προϊστάμενο της Δ.Δ.Ε. Δ.Δ. Β’ Αθήνας

 ΕΝΤΑΥΘΑ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αιμοδοτική άδεια**

………………….…. (…) ημερ …...

από ………….…… έως ……………….. διότι

 Χαλάνδρι …./…./201

(τόπος, ημερομηνία)

…… ΑΙΤ…….