**ΠΡΟΣ**

**Τον Δ/ντή/ντρια/Προϊστάμενο/μένη**

**Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας ……….ημερών από …….. έως και ………………….

Συνημμένα υποβάλλω:…………………....

…………………..

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**………………….

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας»**

Καρπενήσι: …………………………………………

