

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ Ε.Κ. ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Κλάδος / Ειδικότητα

Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού (ΑΦΜ για αναπληρωτές)

Σχολείο οργανικής

Σχολείο υπηρετήσης

Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο

Διεύθυνση κατοικίας

Πόλη / ΤΚ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας (.....) ημερ..... από/...../..... έως και/...../.....

διότι (σημειώστε x στο ανάλογο τετραγωνίδιο)

- συμμετείχα σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία
- ανταποκρίθηκα σε πρόσκληση έκτακτης ανάγκης
- προσήλθα με δική μου πρωτοβουλία

στις/...../..... στο κέντρο αιμοληψίας του

Συνημμένα υποβάλλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος, στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

Ο/Η αιτών/αιτούσα

ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας

Υπογραφή

Θεσσαλονίκη,/...../.....