|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** **ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ**ΕΠΩΝΥΜΟ : …………………………………………………..ΟΝΟΜΑ : …………………………………………………….ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : ……………..……….……………….…ΚΛΑΔΟΣ : ……………………………………………….…. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ……………………………………………..ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ : ………………………………..…ΒΑΘΜΟΣ : ……………………… Μ.Κ. : ……………….ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ :……………………………….ΣΧΟΛΕΙΟ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:………………………………………………. ΣΥΝΟΛΟ ΗΜΕΡΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ : ……………………………………………Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :ΟΔΟΣ…………………………………......... ΑΡΙΘΜΟΣ …….ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ ……... ΠΕΡΙΟΧΗ ……………………….…ΠΟΛΗ…………………………....... ΝΟΜΟΣ ………….........TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ : ………………………………TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ : ……………………………..ΘΕΜΑ: «**ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ** ……**ΗΜΕΡ**…….ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : ……………. ……/ ….../ 20….  |  **ΠΡΟΣ** **…………………………………………**  …………….ΤΚ ………… Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **Αιμοδοτική άδεια** …………….…………………. ημερ… ….  από …………………………….……………….. μέχρι και ……………………….……………….  λόγω …………………………………………… ……………………………………………… αιτ… ………………………………………………………….(Υπογραφή ) |