**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

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

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..Δ.Σ/…Νηπ/γείου …………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική **άδεια αιμοδοσίας** με αποδοχές ……………… (…….) ημέρας/-ών, από …../……/……… έως και …../…../………. σύμφωνα με την παρ. 5, άρ. 50 του Ν. 3528/2007 που αντικαταστάθηκε με την παρ. 2α, άρθ. 47 του Ν. 4674/2020, όπως αναφέρεται στην υπ’ αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ.51/ 538/12254/14-05-2007 εγκύκλιο Υπ. Εσωτερικών.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

* Βεβαίωση ιδρύματος αιμοληψίας □

 Ο αιτών/ Η αιτούσα