**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 υπ’ αρ. Φ.351.5/ 43/ 67822/ Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ και την υπ’ αρ. 15051/Ε3/31-01-2019 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

* Βεβαίωση ιδρύματος αιμοληψίας □

Ο αιτών/ Η αιτούσα