**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
|  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |
| ΟΝΟΜΑ |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ |
| ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |
|  |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟΣ-ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ-ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ) |
|  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ή ΑΦΜ |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ |
|  |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ |
|  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |
|  |
| ΤΚ/ΠΟΛΗ |
|  |
| ΣΤΑΘΕΡΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ |
| e-mail |

**ΘΕΜΑ: "Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας"**

………………………….…………………, ………/………../……………….

(ΤΟΠΟΣ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

**Αρ. Πρωτ.: Φ. ………… /…………………..**

**ΠΡΟΣ**

**τον Διευθυντή του 1ου Γυμνασίου Σπάρτης**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **αιμοδοσίας**

…………………………………..(…………….….) ημερών, από.…………………………………….……………………………

μέχρι.…………………………………….………………………….

λόγω.…………………………………….……………………………

.…………………………………….……………………………………

.…………………………………….……………………………………

.…………………………………….……………………………………

.…………………………………….……………………………………

.…………………………………….……………………………………

Ο αιτών/Η αιτούσα

 …………………………………………………….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)