

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

Α.Μ. :

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του 3^{ου} Δημοτικού Σχολείου
Πύργου Ηλείας

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική
άδεια αιμοδοσίας με αποδοχές
(.....) ημέρας/-ών.

Επισυνάπτω:

- Βεβαίωση ιδρύματος αιμοληψίας

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

.....

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας
αιμοδοσίας»

....., __/__/__

Ο Αιτών /Η Αιτούσα

.....