

# “Αίτηση χορήγησης άδειας αιμοδοσίας”

## ΠΡΟΣ

### A. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Αρ. Μητρώου:.....

Ειδικότητα:.....

Δ/ση κατοικίας:.....

Τ.Κ.....

Πόλη .....

Τηλ.....

Τ... Διευθυντ..... τ.....

.....Γρεβενών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδοτική  
άδεια από ...../...../20..... έως ...../...../ 20..... λόγω  
αιμοδοσίας στις ...../...../ 20.....

Επισυνάπτω:

- Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

### B. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Γρεβενά,.....

Αναπληρωτής Ε.Σ.Π.Α. πλήρους  
απασχόλησης

..... ΑΙΤ.....

Αναπληρωτής Ε.Σ.Π.Α  
μειωμένου ωραρίου

.....

#### ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ



Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Παιδείας,  
Ερευνας και Θρησκευμάτων, Τομέα Παιδείας  
(πρόην Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής  
Εκπαιδευτικών Δράσεων)



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,  
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση



με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης