

# ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ...Δ.Σ/...Νηπ/γείου

.....

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΚΛΑΔΟΣ: .....

ΣΧΟΛΕΙΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

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

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

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Γρεβενά: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Παρατήρηση: Επισημαίνεται ότι στους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς η άδεια δύο (02) εργάσιμων ημερών πέραν της ημέρας αιμοληψίας χορηγείται οποτεδήποτε **μέσα στο χρονικό διάστημα της σύμβασής τους.**



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή

