

# Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας: .....

Α.Μ.(για μόνιμους): .....

Α.Φ.Μ (για αναπληρωτές):.....

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης: .....

.....

Σχολείο που υπηρετεί: .....

.....

Δ/ση κατοικίας: .....

.....

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Προς  
τον κ. Διευθυντή του 4ου Γυμνασίου  
Αχαρνών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδο-  
σίας διάρκειας ..... ( ) ημερ.....,  
από .... / .... / ..... μέχρι .... / .... / .....

Συνημμένα υποβάλω βεβαίωση του νοσηλευ-  
τικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε  
η αιμοληψία.

..... ΑΙΤ.....

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας»**

.....  
(υπογραφή εκπαιδευτικού)

Αχαρνές, .... / ..... / 202...  
(τόπος, ημερομηνία)