|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:…………………………………………  Όνομα:…....................................  Όνομα πατέρα:…………………………………  Όνομα μητέρας:………………………………  Κλάδος:……………………………………………  Α.Φ.Μ.: ………………………………………….  Δ/νση κατοικίας:…………………….........  Τηλ. κατοικίας:…………………………………  Κινητό τηλ.:…………………………………….  Email: ……………………………………………..  **ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**  Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ………………...  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ………..  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ…………….…  Αναπληρωτής ΠΔΕ …………………….….  Ωρομίσθιος………………………………….…..  Σχολείο/α που υπηρετεί……………….…  ……………………………………………………....  **ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας**  **αιμοληψίας/αιμοδοσίας**  ………………………………………………………..  *(τόπος) (ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**  **………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………….**  Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….  Ημερομηνία : …………………………    Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή της παρ.5, άρθρο 50 του ν.3528/2007, άρθρο 81 του ν.4589/2019 και της παρ.2α, άρθρο 47 του ν.4674/2020 **άδεια αιμοληψίας/αιμοδοσίας** ………… (….)εργάσιμων ημερώναπό ...../...../……... έως και ……/……./……….. .  Ημερομηνία αιμοληψίας: ……./……../……..  Συνημμένα υποβάλω:   * Βεβαίωση αιμοδοσίας νοσοκομείου ή άλλου ιατρικού φορέα.   Ο/Η αιτ……..  ................................ |
|  |  |

**ΠΡΟΣΟΧΗ! ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΔΩ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΕΣΠΑ**