|  |  |
| --- | --- |
| **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**