|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:…………………………………………Όνομα:…..................................... Όνομα πατέρα:…………………………………Όνομα μητέρας:………………………………Κλάδος:……………………………………………Δ/νση κατοικίας:…………………….........Τηλ. κατοικίας:…………………………………Κινητό τηλ.:…………………………………….Email: ……………………………………………..**ΓΙΑ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΜΟΝΙΜΟΙ / ΙΔΑΧ** Μόνιμος αποσπασμένος ……………...........Μόνιμος στη διάθεση………………………………Μόνιμος σε οργανική……………………………..Διάθεση από Δευτεροβάθμια(πλήρης….)-(μερική...)Σχολείο που έχει οργανική………………….…Σχολείο/α που υπηρετεί ……………………….…….………………………………………………..……… **ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας**  **αιμοδοσίας»**……………………………………………………… *(τόπος) (ημερομηνία)*  | **ΠΡΟΣ:****Τη Διεύθυνση Π.Ε. Νομού Κέρκυρας** Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νηςτου ……………………………………………………………….. *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : …………………………   Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή της παρ. 5 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 (Φ.Ε.Κ 26 Α’/9.2.2007) και της με αρ. πρωτ. 74275/Δ2/10.7.2007 εγκυκλίου του ΥΠ.ΠΑΙ.Θ, **αιμοδοτική άδεια** .................... ( ) ημερ..... και συγκεκριμένα από …..../…...../……..... έως και ......./…...../…….....Ημερομηνία αιμοδοσίας: ………/………../………….. Σημειώστε με **√**:

|  |  |
| --- | --- |
| *Θα προσκομίσω βεβαίωση αιμοδοσίας* |  |
| *Έχω προσκομίσει βεβαίωση αιμοδοσίας* |  |

(σημειώστε **Χ** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)□ ανταποκρινόμενος σε πρόσκληση για κάλυψη έκτακτης ανάγκης□ συμμετέχοντας σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία□ προσερχόμενος από δική μου πρωτοβουλία στο κέντρο αιμοληψίας   Ο/Η Αιτ…….. ................................ |
|  |  |