|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/νης  του ………………………………………………………………..  *(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……..  ................................ |
|  |  |