ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Σχέση Εργασίας: ……

Εκπαιδευτικός Κλάδου:

Σχολείο οργανικής θέσης: ..

..

Σχολείο που υπηρετεί: ..

..

Δ/νση κατοικίας: ..

..

Τηλέφωνο: ..

e-mail:……..

Προς
ΕΠΑΛ ΚΑΡΛΟΒΑΣΙΟΥ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας διάρκειας ..…….. ( ) ημερ…...,

από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / ……

Συνημμένα υποβάλλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας»

(τόπος, ημερομηνία)

……. ΑΙΤ…….

……
(υπογραφή εκπαιδευτικού)