|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ:**Τη Δ/νση Δ/θμιας Εκπ/σης Δράμας |
| Όνομα:……………………………………….Επώνυμο:……………………………………Πατρώνυμο:…………………………….…Κλάδος: ……………………………………..Βαθμός:…………… Μ.Κ. :………………Φορέας που υπηρετεί: ...…………….…………………………………………………….Οργανική θέση: ……………………….….…………………………………………………….Δ/νση κατοικίας: ………………………...……………………………………………….……Τηλέφωνο κατ.: ……………….…….…...Κινητό τηλ.: ………………………..….ΔΡΑΜΑ, ……/……/201…. |  | Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας/αιμοληψίας**(1)** …………………………….[…..…] ημερών από …../…../201… έως …./…./201… . Ο/Η αιτ………….. |

1. Συμπληρώνετε αναλόγως(**Αιμοληψίας:** μία ημέρα άδειας για την ημέρα αιμοδοσίας)