|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)