|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  | **Π Ρ Ο Σ** |
| ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ……………………………………………ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: ……………………………………………ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ: ……………………………………………ΚΛΑΔΟΣ: ……………………………………………ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ……………………………………………ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ: …………………………………………ΣΧ.ΜΟΝ.ΥΠΗΡΕΤΕΙ: ………………………………………**ή** ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ: ……………………………………….. |  | την **Περιφερειακή ΔιεύθυνσηΠ/θμιας & Δ/θμιας ΕκπαίδευσηςΙονίων Νήσων**Αλυκές Ποταμού 49150 Κέρκυρα |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **αιμοδοσίας** ………………….………. ( ……. ) ημερ…….από: ………….. / ………… / 20………..έως και : ………….. / ………… / 20………..Συνημμένα υποβάλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοδοσία |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ................................... ..……………………………………………………………………ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ...............................................EMAIL: …………………………………………………………. |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΩΝ** |  |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: ………….………………… |  |
| **ΘΕΜΑ**:«Χορήγηση άδειας **αιμοδοσίας**» |  |  |
| Κέρκυρα, ....... / ......... / 20 ....... |  | Ο Αιτών / Η Αιτούσα(υπογραφή) |
| Αριθμ. Συνημμένων: …………………………………….(εφόσον υπάρχουν) |  |  |