|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Διεύθυνση Π/θμιας & Δ/θμιας Εκπαίδευσης Ιονίων 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) |  |  |