**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΕΣΠΑ

**ΑΦΜ**

**Επώνυμο**

**Όνομα**

**Πατρώνυμο**

**Μητρώνυμο**

**Κλάδος**

**Ειδικότητα**

**Σχολείο**

**Διεύθυνση**

**Τηλ. Κινητό**

**Τηλ. Σταθερό**

**e-mail**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας ……..…………………. ημέρων από …………………………… μέχρι και ………………………..

………..……………………………………………………………

Συνημμένα υποβάλλω: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Παρακαλώ να**

**Θέμα**

**Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας**

**Ημερομηνία**

Ξάνθη ………….. / ………….. / 20……..

**Ο/Η Αιτών / ούσα**

**(Υπογραφή)**

