**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)**

