**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**:

**ΟΝΟΜΑ**:

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ**:

Εκπαιδευτικός Κλάδου

Βαθμός:

Μ.Κ

Σχολείο οργανικής θέσης:

Σχολείο που υπηρετεί:

Δ/νση κατοικίας:

Τηλέφωνο:

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας απουσίας**

 **λόγω εθελοντική αιμοδοσία»**

(τόπος, ημερομηνία)

**Προς:**

**Τη Διεύθυνση του**

**31ου Ημερήσιου Γενικού Λυκείου**

**Θεσσαλονίκης**

 Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδοτική άδεια …………………………… (……) ημερών και συγκεκριμένα από ...../...../20... μέχρι ....../...../20...

Συνοδευτικά σας υποβάλλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

……. ΑΙΤ…….