

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Εκπαιδευτικός Κλάδου

Βαθμός:.....

Μ.Κ.....

Σχολείο οργανικής θέσης:

.....

Σχολείο που υπηρετεί:.....

.....

Δ/ση κατοικίας:

.....

Τηλέφωνο:.....

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας απουσίας
λόγω εθελοντικής αιμοδοσίας»**

.....

(τόπος, ημερομηνία)

Προς:

**Τη Διεύθυνση του
31ου Ημερήσιου Γενικού Λυκείου
Θεσσαλονίκης**

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδο-
τική άδεια (.....) ημερών και
συγκεκριμένα από/...../20... μέχρι/...../20...

Συνοδευτικά σας υποβάλλω βεβαίωση του νοση-
λευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε
η αιμοληψία.

..... ΑΙΤ.....