|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………..  ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……………  ΚΛΑΔΟΣ: ……………………………………………. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ………………………………………..  ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:………………………………  ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ:  …………………………………………………………  ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:  …………………………………………………………  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  ΟΔΟΣ…………………….......ΑΡΙΘΜΟΣ……………  ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ……………………………………….  ΠΟΛΗ…………………….......ΝΟΜΟΣ…………......  TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ………………………………  TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………..  **ΘΕΜΑ: «ΑΔΕΙΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ»**  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : ..…./..….../….…. | **ΠΡΟΣ**  **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ 7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική** **άδεια** απουσίας ………… ( ) ημερ……. από ……… μέχρι και ………. **λόγω αιμοληψίας** στις …………. .  Συνημμένα: □ Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία. Ο/Η αιτ…  …………………………  (Υπογραφή ) |