|  |  |
| --- | --- |
| **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 ) |