|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΑΙΤΗΣΗ | ΠΡΟΣ1ο ΕΠΑΛ ΚιλκίςΕνταύθα |
| του/της …………………………………..του (πατρώνυμο) ………………………κλάδου ………………………………….ανήκει οργανικά ……………………….…………………………………………...υπηρετεί …………………………….….…………………………………………...ΑΜ ……………………………………….Βαθμός …………… ΜΚ ……………….Δ/νση κατοικίας ………………………………………………………………………Τηλέφωνο κατοικίας ……………………Τηλέφωνο κινητό ……………………….**Θέμα: Χορήγηση αιμοδοτικής άδειας****…………….. ημερ…**Κιλκίς, …………………………...-20... | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδοτική άδεια …………… ημερ… από ……………………… έως ………………. Συνημμένως υποβάλλω βεβαίωση αιμοδοσίας. |
|  |  **ΥΠΕΥΘΥΝΗ** **ΔΗΛΩΣΗ**Συνολικός χρόνος πραγματικής υπηρεσίας Έτη ……… Μήνες …… Ημέρες …………Ο/Η αιτ…… |