|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: ……………………………………………….………………..Όνομα: …………………………………………………………………….Όνομα πατέρα: ………………………………………………………...Κλάδος-Ειδικότητα: ...……………………….………………..……..Αριθμός Μητρώου: …………………………………………………...Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..….….ΤΚ: .................................. Πόλη: ……………………………………….Τηλέφωνο οικίας: …………………….………………………………Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....E-mail: ……………………………………...……………………………...Εργασιακή σχέση: **Μόνιμος εκπαιδευτικός****της ΔΔΕ …………………………………………………………….…..**Σχολείο τοποθέτησης:…………………………………..………………………………………… Οργανική τοποθέτηση Προσωρινή τοποθέτησηΣχολεία που υπηρετώ:…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….…**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας**………..………………………., …...../…...../……..…(τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**…………………………………………...………………………………….……Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια αιμοδοσίας**διάρκειας ...………………………...…………. (……....) ημερ……..…**από** ….….../…….../……...… **μέχρι και** ….….../…….../………..…Η αιμοληψία πραγματοποιήθηκε στις …….../……../…..…….στο ………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….. Αιτ……….………………………………(υπογραφή)**Συνημμένα υποβάλλω:** Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματοςστο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία |

*Εκπαιδευτικός, ο οποίος ανταποκρίνεται σε πρόσκληση από υπηρεσία αιμοληψίας για κάλυψη έκτακτης ανάγκης, ή μετέχει σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία, ή σε διαδικασία παροχής αιμοπεταλίων, δικαιούται ειδικής άδειας απουσίας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) ημερών για έξι (6) αιμοληψίες ή παροχές αιμοπεταλίων τον χρόνο κατ’ ανώτατο όριο.*

*Την άδεια δικαιούται και εκπαιδευτικός που προσέρχεται σε κέντρο αιμοληψίας από δική του πρωτοβουλία για να προσφέρει αίμα.*

*Οι δύο ημέρες άδειας είναι πέραν της ημέρας αιμοδοσίας και μπορούν να ληφθούν είτε συνεχόμενα με το χρόνο της αιμοδοσίας ή οποτεδήποτε μέσα στο ίδιο ημερολογιακό έτος. Σε κάθε περίπτωση δεν μεταφέρονται στο επόμενο ημερολογιακό έτος.*