

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα πατέρα:.....

Όνομα μητέρας:.....

Κλάδος:.....

Δ/ση κατοικίας:.....

Τηλ. κατοικίας:.....

Κινητό τηλ.:.....

ΑΦΜ:.....

.....

**Θέμα: «Χορήγηση άδειας
αιμοδοσίας»**

.....
(Τόπος) (Ημερομηνία)

ΠΡΟΣ:

(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)

Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου:

Ημερομηνία :

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή της
παρ. 5 του άρθρου 50 του Ν.3528/2007 , όπως
τροποποιήθηκε με την Παρ.2 Άρθρο 47 ΝΟΜΟΣ
4674/2020 ,άδεια αιμοδοσίας
(.....) ημερ..... και συγκεκριμένα από/...../.....
μέχρι/...../.....

Ημερομηνία αιμοδοσίας:/...../.....

Σημειώστε με √:

Θα προσκομίσω βεβαίωση αιμοδοσίας	
Έχω προσκομίσει βεβαίωση αιμοδοσίας	

(σημειώστε Χ στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

- ☐ ανταποκρινόμενος σε πρόσκληση για κάλυψη
έκτακτης ανάγκης
- ☐ συμμετέχοντας σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία
- ☐ προσερχόμενος από δική μου πρωτοβουλία στο
κέντρο αιμοληψίας

Ο/Η Αιτ.....

.....