ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………….

ΚΛΑΔΟΣ: ………………………………………………….

ΟΡΓΑΝΙΚΗ: ……………………………………………….

ΥΠΗΡΕΤΕΙ: ………………………………………………

(Χορήγηση Άδειας αιμοληψίας)

Θεσσαλονίκη .. …/….. /202…..

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαίωνονται τα παρακάτω στοιχεία του υπαλλήλου:

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας : ……………………………………………….

Έλαβε άδεια αιμοληψίας κατά το ίδιο έτος : ………………………………………………………………..

**Κρίνεται** ή **δεν κρίνεται** απαραίτητη η χορήγηση της άδειας

Θεσσαλονίκη ….../ ….. /202

Η Διευθύντρια του 1ου ΕΝΕΕΓΥΛ

…………………………………………

ΠΡΟΣ

Τη Διευθύντρια του 1ου ΕΝ.Ε.Ε.ΓΥ.-Λ. Αν. Θεσσαλονίκης

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοληψίας(….) ………………ημερών , από …/…/…. διότι …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ο/Η αιτ…