

ΠΡΟΣ  
Την Διεύθυνση Διοικητικού,  
Τμήμα Διοικητικού Προσωπικού Ε.Μ.Π.

## Α Ι Τ Η Σ Η

## ΑΔΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

**Θέμα:** Χορήγηση άδειας ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ειδική άδεια σύμφωνα με το [άρθρο 50](#) του Υ.Κ.

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια  
αιμοδοσίας δύο (2) ημερών από

**Επώνυμο:** .....

**Όνομα:** ..... Συνημμένα υποβάλλω Βεβαίωση  
Αιμοδοσίας.

**Πατρώνυμο:** .....  
**Κατηγορία/  
Ειδικότητα** ΥΕ/ ΔΕ/ ΤΕ/ ΠΕ  
.....

**Ιδιότητα:** Μόνιμος / Ι.Δ.Α.Χ.

**Υπηρεσία:** ..... Ο/Η Αιτ

**Τηλέφωνα:** .....  
\_\_\_\_\_

Έλαβα Γνώση  
Ο Προϊστάμενος ή <sup>1</sup>Ο Δ/ντής Τομέα /Εργαστηρ.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Ο Προϊστάμενος Γραμματείας της Σχολής

\_\_\_\_\_