**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ / ΙΔΑΧ**………………………

**Κλάδος/Ειδικότητα: …………………………………………**

**Υπηρεσία: …………………………………………………….**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Βεβαίωση αρμόδιου φορέα για συμμετοχή σε αιμοληψία |  |
| 1. Βεβαίωση νοσηλευτικού ιδρύματος ή άλλου αρμόδιου φορέα για παροχή αιμοπεταλίων |  |
| 1. Άλλο |  |

Έλαβα γνώση

………………………………..

Ο Προϊστάμενος……………………….

Έλαβα γνώση

…………………………………………….

Ο Δ/ντής Τομέα/Εργαστηρίου

*(Για τους υπαλλήλους που υπηρετούν στις Γραμματείες των Σχολών και έχουν διατεθεί σε Τομείς ή Εργαστήρια)*

**Προς τη Διεύθυνση Διοικητικού**

**Τμήμα Διοικητικού Προσωπικού Ε.Μ.Π.**

Με την παρούσα αιτούμαι, κατ’ εφαρμογή του άρθρου 50 παρ. 5 του Υπαλληλικού Κώδικα, όπως ισχύει, τη χορήγηση:

|  |  |
| --- | --- |
| Ειδικής άδειας 2 ημερών λόγω συμμετοχής σε αιμοληψία |  |
| Ειδικής άδειας 2 ημερών λόγω παροχής αιμοπεταλίων |  |

|  |
| --- |
| **Aπό …….……… έως ………………..** |
| ***(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)*** |
|  |

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….