

ΑΙΤΗΣΗ

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	
2. Βεβαίωση νοσηλευτικού ιδρύματος ή άλλου αρμόδιου φορέα για παροχή αιμοπεταλίων	
3. 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	

Από **έως**

(ημ/νία έναρξης άδειας)

(ημ/νία λήξης άδειας)

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

Ημερομηνία,