**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Ειδικότητα: |
| Σχολείο Οργανικής: |
| ΔΔΕ Οργανικής: |
| Σχολείο Κύριας τοποθέτησης: |
| Σχολείο Διάθεσης: |
| Σχέση εργασίας:  Μόνιμος  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.]  Αναπληρωτής  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.] |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |
| Σταθερό τηλ: |

# ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αιμοληψίας»

Ημερομηνία: ………/.……./20…..…

Ο/Η Αιτών/ούσα

Συνηγορούμε για την έκδοση της άδειας

Ο/Η Διευθυντής/ρια

# ΠΡΟΣ

**………………………………….**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική **άδεια αιμοληψίας** διάρκειας ……………… (…..) εργάσιμων ημερών, από ….…/…..../…….…. έως και ..…../…..../…..……

Επισυναπτόμενα έγγραφα:

|  |  |
| --- | --- |
| Βεβαίωση αιμοληψίας του Δημόσιου Νοσοκομείου ####### |  |

*Υπάλληλος που ανταποκρίνεται σε πρόσκληση από υπηρεσία αιμοληψίας για κάλυψη έκτακτης ανάγκης, καθώς και υπάλληλος, ο οποίος μετέχει σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία ή σε διαδικασία παροχής αιμοπεταλίων, δικαιούται ειδικής άδειας απουσίας με πλήρεις αποδοχές* ***δύο (2) ημερών*** *για έξι* ***(6) κατ’ ανώτατο όριο*** *το χρόνο αιμοληψίες ή παροχή αιμοπεταλίων.* *Κατά τα λοιπά ισχύουν τα αναφερόμενα στην αριθ. ΔΙΔΑΔ/Φ.51/538/12254/14-5-2007 εγκύκλιο.*