|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  ***Στοιχεία Αιτούμενου:***  Επώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Όνομα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Όνομα Πατρός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Κλάδος: \_\_\_\_\_\_ Ειδικότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Διεύθυνση Κατοικίας*  Οδός:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Αριθμ\_\_\_\_\_\_\_  ΤΚ: \_\_\_\_\_\_\_\_ Περιοχή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Πόλη:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Τηλέφωνο Οικίας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Τηλέφωνο Κινητό: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Σχέση Εργασίας:** Μόνιμος □ Αναπληρωτής □  **Σχολείο Τοποθέτησης** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Συμπληρώνετε ένα από τα παρακάτω):  □ Οργανική Προσωρινή Τοποθέτηση  **Σχολεία που Υπηρετώ:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\* Για αποσπασμένους από άλλο ΠΥΣΔΕ αναγράψτε σε ποια ΔΔΕ ανήκετε  ΔΔΕ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Θέμα: «Χορήγηση** ειδικής **άδειας αιμοδοσίας»**  Ιωάννινα: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /201\_\_ | **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων**  **(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική**  **άδεια αιμοδοσίας** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ημερ \_\_\_\_\_\_  από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **λόγω αιμοληψίας στις \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/201\_\_\_\_\_**  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**  □ Βεβαίωση νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία  **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)        **Ο/Η Διευθυντής/ντρια εισηγείται**   * **Θετικά** * **Αρνητικά**     **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

Ο εκπ/κός δικαιούται ειδική άδεια απουσίας **δύο (2) ημερών** πέραν της ημέρας αιμοδοσίας, με πλήρες αποδοχές, Οι δύο αυτές ημέρες άδειας μπορούν να ληφθούν είτε συνεχόμενα με το χρόνο της αιμοδοσίας, είτε οποτεδήποτε μέσα στο ίδιο και δεν μεταφέρονται στο επόμενο ημερολογιακό έτος.