|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΑΙΤΗΣΗ | ΠΡΟΣ 1ο ΕΠΑΛ Κιλκίς  Ενταύθα |
| του/της …………………………………..  του (πατρώνυμο) ………………………  κλάδου ………………………………….  ανήκει οργανικά ……………………….  …………………………………………...  υπηρετεί …………………………….….  …………………………………………...  ΑΜ ……………………………………….  Βαθμός …………… ΜΚ ……………….  Δ/νση κατοικίας …………………………  ……………………………………………  Τηλέφωνο κατοικίας ……………………  Τηλέφωνο κινητό ……………………….  **Θέμα: Χορήγηση αιμοδοτικής άδειας**  **…………….. ημερ…**  Κιλκίς, …………………………...-20... | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδοτική άδεια …………… ημερ… από ……………………… έως ……………….  Συνημμένως υποβάλλω βεβαίωση αιμοδοσίας. |
|  | **ΥΠΕΥΘΥΝΗ** **ΔΗΛΩΣΗ**  Συνολικός χρόνος πραγματικής υπηρεσίας Έτη ……… Μήνες …… Ημέρες …………  Ο/Η αιτ…… |