|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΟΝΟΜΑ……………………………………...**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………..**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……………..................**  **Σχέση Εργασίας: ……………………………**  **Κλάδου/Ειδικότητας: ………………………**  **………………………………………………..**  **Διεύθυνση Κατοικίας: ……………………...**  **……………………………………………….**  **Τηλ.: …………………………………………**  **Email: …….………………………………….**  **Θέμα: «Αίτηση χορήγησης άδειας για συμμετοχή σε αιμοδοσία / σε διαδικασία παροχής αιμοπεταλίων»**    **…………, …/…/ 2024**  (τόπος) (ημερομηνία αίτησης)  **Συνημμένα Δικαιολογητικά:**  **(επιλέγονται κατά περίπτωση)**   |  |  | | --- | --- | | 1. Βεβαίωση νοσηλευτικού ιδρύματος ή άλλου αρμόδιου φορέα για συμμετοχή σε αιμοληψία ή σε διαδικασία παροχής αιμοπεταλίων |  | | 1. Άλλο |  | | **ΠΡΟΣ:**  **Διεύθυνση …………………………..**  (συμπλήρωση του τίτλου της οργανικής μονάδας του φορέα όπου υπηρετεί ο/η υπάλληλος)  **Με την παρούσα αιτούμαι, κατ’ εφαρμογή της παρ. 5 του άρθρου 50 του Υπαλληλικού Κώδικα, όπως ισχύει, τη χορήγηση άδειας ……… ( ) ημέρας/ημερών λόγω συμμετοχής σε αιμοδοσία / σε διαδικασία παροχής αιμοπεταλίων.:**  **από ……………………… έως ………………………**  ***(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)***  Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση.  **Ο/Η αιτών/ούσα**  **…………………………….** |