**Αίτηση**

**Προς**

Τη Διεύθυνση Δ.Ε. ………………………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε, σε εφαρμογή της παρ. 5 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 (Φ.Ε.Κ 26 Α’/9.2.2007) και της με αρ. πρωτ. 74275/Δ2/10.7.2007 εγκυκλίου του ΥΠ.Π.Ε.Θ., αιμοδοτική άδεια ……................. (……..) ημερ…... και συγκεκριμένα από ...../...../201….. μέχρι και ....../...../201…..

Συνοδευτικά σας υποβάλλω βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: ……………………………….………….

ΚΛΑΔΟΣ: ……………………………………………………….

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: …………………………………………………

ΒΑΘΜΟΣ: ………………………………………….……………

ΥΠΗΡΕΤΕΙ: …………………………………………………….

ΑΝΗΚΕΙ ΟΡΓΑΝΙΚΑ: ………………………………………

……………………………………………………………….……….

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ………………………………………………….

…………………………………………………………….………….

Τ.Κ.: ……………………………………………………….………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………………………….

ΚΙΝΗΤΟ: …………………………………………………….….

**Θέμα:** «*Χορήγηση Αιμοδοτικής Άδειας*» …… Αιτ……..

……………..………….…….., …… / …… / 201……

…………………………..

 (υπογραφή)

**Συνημμένα:**

1…………………………………………………………………..

2…………………………………………………………………..