

ΑΙΤΗΣΗ του/της

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Πατρώνυμο.....

Μητρώνυμο.....

Κλάδος.....

Θέση που υπηρετώ: ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου/
.....ΣΔΕΥ Ηρακλείου

Δ/νση κατοικίας.....

.....

Τηλέφωνο.....

.....

email:.....

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας αιμοληψίας/
αιμοδοτικής σε αναπληρωτές/τριες**

ΠΡΟΣ:

ΠΔΕ ΚΡΗΤΗΣ

(ΔΙΑ του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. Ηρακλείου)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια
αιμοδοσίας/αιμοληψίας, βάσει του άρθρου 81
του ν.4589/2019 (ΦΕΚ 13τ.Α΄/29.01.2019) σε
συνδυασμό με την παρ.5 του άρθρου 50
ν.3528/07.

..... ημερ..... από.....

μέχρι.....

Ημερομηνία αιμοδοσίας:/...../.....

Σημειώστε με ✓:

Θα προσκομίσω βεβαίωση αιμοδοσίας	
Έχω προσκομίσει βεβαίωση αιμοδοσίας	

Ημερομηνία:.....

..... ΑΙΤ.....



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.
Περιφερειακό Πρόγραμμα
«Κρήτη»
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)