|  |  |
| --- | --- |
| A black text on a black background  Description automatically generated | ΠΡΟΣ: |
| **Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας****Πανεπιστημίου Πελοποννήσου** | Μ.Ο.Δ.Υ ΕΛΚΕ Πανεπιστημίου ΠελοποννήσουΤμήμα Διοικητικών Υποθέσεων |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  |
| **Θέμα: Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας** | **ΑΔΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ** |
|  |  |
| **Επώνυμο**: **Όνομα**: **Πατρώνυμο**: **Κατηγορία:** 🞏 ΔΕ 🞏 ΤΕ 🞏 ΠΕΙδιότητα: 🞏 Ι.Δ.Ο.Χ.**Υπηρεσία:** Τηλέφωνο: Email:  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας απουσίας …( ) ημερών από …………………. έως …...………………**Συνημμένα υποβάλω Βεβαίωση Αιμοδοσίας** |
| Συνηγορώ για τη χορήγηση της άδειας \*Ο/Η Προϊστάμενος/μένη | Ο/Η Αιτών/ούσα |
| *\*Κατά το διάστημα της απουσίας του υπαλλήλου διασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία της Υπηρεσίας από τον/την ……………………………..* | Ημερομηνία, ……/……/….…. |