

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ΠΡΟΣ : |  |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ** | Τη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού, |  |
| Τμήμα Μελών Διοικητικού Προσωπικού |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Α Ι Τ Η Σ Η** |  |  |
| Θέμα: Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας *Ειδική άδεια αιμοδοσίας απουσίας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) ημερών για έως έξι (6) αιμοληψίες ετησίως, σύμφωνα με το άρθρο 50 του Υ.Κ. (ν.3528/2007)*  |  |  |
|  **ΑΔΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ** |  |
|  | …………………………………  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αιμοδοσίας |  |
|  |  |  δύο ( 2 ) ημερών από |  |
|  |  |  |  |  |
| **Επώνυμο**: | ………………………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_έως\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Όνομα**: | …………………………………… |  **Συνημμένα υποβάλω Βεβαίωση Αιμοδοσίας** |  |
| **Πατρώνυμο**: | …………………………………… |  |  |
| **Κατηγορία/** |  |  |  |  |  |
| **Ειδικότητα:** | ΥΕ/ ΔΕ/ ΤΕ/ ΠΕ |  |  |
| **Ιδιότητα**: |  | **Μόνιμος/ Ι.Δ.Α.Χ.** |  |  |
| **Υπηρεσία**: | …………………………………… | Ο/Η Αιτών/ούσα |  |
|  |  |
| **Τηλέφωνα**: | …………………………………… | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |  |
| **Email:** | …………………………………… |  |  |
| **Διεύθυνση:** | …………………………………… |  |  |
|  | …………………………………… |  |  |

Ημερομηνία, ……/……/………..

 Συνηγορώ για τη χορήγηση της άδειας \*

Ο/Η Προϊστάμενος/μένη

\*Κατά το διάστημα της απουσίας του υπαλλήλου διασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία της Υπηρεσίας από τον/την …………………………………………………………………………