|  |  |
| --- | --- |
|  **Επώνυμο :** …………………………………**Όνομα :** …………………………………**Όνομα Πατρός :** ……………………………….**Κλάδος :** …………………………………. **Μ. Κ. :** ………………………….……….**Βαθμός :** ………………………….………**Οργανική Θέση :** ..………………………………**Υπηρετεί :** ………………………………….**Δ/νση Κατοικίας : ………………………………..** **Τηλέφωνο :** ………………………………….**Α.Μ : …………………………………****Πρόσθετα στοιχεία :**.**Έλαβα συνολικά το τρέχον ημερολογιακό έτος** **άδεια αιμοδοσίας ...…………………( ) ημερών.****Έγκριση Δ/ντή σχολείου :** …….….……**Θέμα: Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας****Σέρρες …… / …… / 20 .…****Αρ.Πρωτ.** |  **Το 4ο Εσπερινό ΕΠΑΛ Σερρών** Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια  αιμοδοσίας………………….. ( ) ημερών από ….. / ….. / 20 …. έως ….. / ….. / 20 …. Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και στην έκδοση, δημοσίευση και ανάρτηση πινάκων, εγγράφων ή αποφάσεων από την Δ.Δ.Ε Σερρών, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο και πρόσφορο για την διεκπεραίωση διοικητικών διαδικασιών σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016. **Ο / Η Αιτ …………** **( Υπογραφή )**  |