|  |  |
| --- | --- |
| **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 )** |