**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

logo1_1.png

**ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ.:**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |
| --- |
| **ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ – ΘΕΜΑ** |

|  |  |
| --- | --- |
| Προς: | ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ |
|  |  |
| Θέμα: | ΆΔΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: |  | |  | Όνομα: |  | | | Πατρώνυμο: |  |
| Κατηγορία: |  | Κλάδος: |  | |  | Αρ. Μητρ. Εργαζομένου: | | |  |
| Υπηρεσία: |  | |  | Τμήμα: |  | | | | |
| Διεύθυνση κατοικίας: |  | | | | | | Τηλέφωνο:  Email : | |  |

|  |
| --- |
| **ΔΗΛΩΣΗ (Σύμφωνα με το άρθρο 55 Παρ. 2 του Νόμου 3528/09-02-2007)** |
| Δηλώνω με την παρούσα ότι στις 00-00-0000 απουσίασα λόγω ασθενείας μου (Σύμφωνα με το Άρθρο 55  Παρ. 2 του Νόμου 3528/09-02-2007, όπως τροποποιήθηκε με την Παρ.1 Άρθρο 2 Ν.4210/2013 και ισχύει από  21/11/2013). |

Αλεξανδρούπολη -10-2020

Ο/Η Δηλ.