**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**



 **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.