**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

 Αριθμ.Πρωτ.:

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ**

|  |
| --- |
| **ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ – ΘΕΜΑ** |

|  |  |
| --- | --- |
| Προς:  | ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ |
|  |  |
| Θέμα:  | ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ κ.  |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο:  |  | Όνομα: |  | Πατρώνυμο:  |  |
| Κατηγορία:  | ΠΕ | Κλάδος:  | ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ | Ιδιότητα (π.χ.Μόνιμος/Ι.Δ.Α.Χ./Ι.Δ.Ο.Χ): | ΙΔΟΧ |
| Αρ. Μητρ. Εργαζομένου: |   | Υπηρεσία: | ΙΑΤΡΙΚΗ | Τμήμα: Τηλέφωνο : |  |

|  |
| --- |
| **ΠΑΡΑΚΑΛΩ** |
| ΝΑ ΜΟΥ ΧΟΡΗΓΗΣΕΤΕ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΚΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ.  |

 Αλεξανδρούπολη: /10/2020

 Ο/Η αιτών/ούσα