**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

logo1_1.png 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