ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

ΑΙΤΗΣΗ

Του/της .....του.....

Ειδικευόμενου/ης ιατρού του..... τμήματος

Τηλ:.....

<><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><><>

Παρακαλώ,

Να μου χορηγήσετε **Πιστοποιητικό Ευδοκίμου Υπηρεσίας**, μετά τη λήξη του χρόνου ειδίκευσής μου στο Νοσοκομείο σας.

Αθήνα, .../...../20...

Ο/Η Αιτών/ούσα

Ο/Η ανωτέρω αναφερόμενος/η ιατρός τοποθετήθηκε στο..... Τμήμα του Νοσοκομείου μας από ..... μέχρι και ....., ύστερα από την υπ' αριθμ..... απόφαση του ..... για απόκτηση ειδικότητας ..... σύμφωνα με το χρόνο και το περιεχόμενο άσκησης όπως αυτό ορίζεται από την..... Υπουργική Απόφαση,

Υπηρέτησε στο εν λόγω τμήμα από ..... έως και.....

Κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα απουσίασε συνολικά ..... ημέρες, λόγω ..... τις οποίες και υπηρέτησε.

Εκ του Τμήματος Προσωπικού