ΠΡΟΣ:
Την Διεύθυνση του
Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών
«Π. & Α. Κυριακού»

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ: .....

ΤΜΗΜΑ: .....

ΒΑΘΜΟΣ: .....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....

.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

.....

FAX: .....

Email: .....

ΑΘΗΝΑ .....

Παρακαλώ όπως αναγνωρίσετε την προϋπηρεσία μου που προκύπτει από τις επισυναπτόμενες βεβαιώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4472/2017 (ΦΕΚ 74/Α/19.05.2017)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....