

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ: 2η Δ.Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

Συμπληρώνονται όλα τα πεδία

Ιατρός ☐ / Υπάλληλος ☐

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Πατρώνυμο _____

Οργανική θέση _____

Θέση που υπηρετεί _____

Ειδικότητα _____

Μόνιμο πρ. ☐ Επικουρικό πρ. ☐

ΤΟΜΥ ☐ ΟΑΕΔ ☐

ΣΟΧ ☐ Άλλο ☐

Στοιχεία Επικοινωνίας

Τηλέφωνο: _____

E-mail: _____

Διεύθυνση: _____

Τ.Κ. Πόλη: _____

Συνημμένα: _____ φύλλα

Ημερομηνία, _____

Ο/Η αιτ _____

(Υπογραφή)