



ΑΙΤΗΣΗ

Θεσσαλονίκη,
Α.Π.

ΠΡΟΣ
ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ Δ.Σ.

Όνοματεπώνυμο:	Σας παρακαλώ να μου εγκρίνετε την έναρξη / συνέχιση της άδειας άσκησης
.....	ιδιωτικού έργου, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.οικ.49887/18.09.2024
Κύρια ειδικότητα:	(ΦΕΚ 5456/τ.Β'/01.10.2024) απόφαση του Υπουργείου Υγείας, ως
.....	ακολουθώντας:
	(Έδρα και φορέας απασχόλησης) (*)
Σχέση εργασίας:	
α) Ιατρός ΕΣΥ	
β) Επικουρικός ιατρός	
γ) Ειδικευόμενος ιατρός	
Τμήμα που υπηρετώ:	
.....	
Τηλέφωνο τμήματος:	για το χρονικό διάστημα:
.....	α) ' εξαμήνο έτους, ή
e-mail	β) χρονική διάρκεια από.....έως
.....	(*) Στην αίτηση να προσδιορίζεται το είδος ή τα είδη της
	απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα που ο αιτών πρόκειται να ασκήσει

ΣΥΜΦΩΝΩ

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ