

ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΩΝ

ΠΡΟΣ: ΤΜΗΜΑ.....

.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΒΑΘΜΙΔΑ:

ΤΜΗΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

Με την παρούσα αιτούμαι ισόχρονη προς την ειδίκευση εκπαιδευτική άδεια με πλήρεις αποδοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 παρ. 3 του Ν. 1579/1985 και του άρθρου 20 παρ. 7 του Ν.2519/1997, για χρονικό διάστημα τόσο όσο απαιτείται για την ολοκλήρωση της ειδικότητας

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.

E-MAIL:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ