



Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ: Τμήμα Προσωπικού
ΚΟΙΝ.: Α'βάθμια Υγειονομική Επιτροπή

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Ειδικότητα:.....

Τμήμα:.....

Διεύθυνση κατοικίας:.....

.....

Ταχ. Κώδικας:.....

Τηλέφωνο:.....

Ημερομηνία:.....

Αρ. Πρωτ.:.....

Σας υποβάλλω συνημμένα ιατρική γνωμάτευση για να δικαιολογήσω την
απουσία μου λόγω ασθένειας από έως

Υ Π Ο Γ Ρ Α Φ Η