

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα πατέρα: _____

Όνομα μητέρας: _____

Τόπος κατοικίας: _____

Οδός, Αριθμός, Τ.Κ.: _____

Αρ. Αστ. Ταυτότητας: _____

Ημερ. Έκδοσης: _____

Εκδούσα Αρχή: _____

Α.Φ.Μ. _____

ΠΡΟΣ**Τμήμα Προσωπικού****Διοικητικής Διεύθυνσης****Γενικού Νοσοκομείου "Παπαγεωργίου"**

Περιφερειακή Οδός Θεσ/νίκης

Τηλ. 2313 323 989

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε (για δικαστική χρήση) Βεβαίωση Υπηρεσιακής Κατάστασης - Μεταβολών, από την οποία, ιδίως, να προκύπτουν τα εξής στοιχεία:

- ➔ Ημερομηνία πρόσληψης
- ➔ Σχέση εργασίας
- ➔ Κατηγορία
- ➔ Κλάδος
- ➔ Μισθολογικό Κλιμάκιο (τρέχον)
- ➔ Βαθμός (τρέχον)
- ➔ Ημερ/νία χορήγησης Μ.Κ.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ

Θεσσαλονίκη, _____ 2019
[Ημερομηνία]
