



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ.:

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Προς:

Σας γνωρίζουμε ότι, σύμφωνα με το ΦΕΚ αριθμ. (τεύχος ΝΠΔΔ) είστε διοριστέος/α ως υπάλληλος κατηγορίας κλάδου στο

Παρακαλούμε, εφόσον αποδέχεσθε το διορισμό σας, εντός είκοσι (20) ημερών να καταθέσετε στο Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου μας τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιητικό Υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
3. Επικυρωμένη Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
4. Τίτλο σπουδών
5. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
6. Α.Φ.Μ. – Δ.Ο.Υ.
7. Προϋπηρεσία (αν υπάρχει)

καθώς και όλα τα δικαιολογητικά που δηλώσατε στην αίτησή σας ότι έχετε, ως προσόν διορισμού.

Αν **δεν αποδέχεστε** τη θέση, παρακαλούμε **να μας αποστείλετε άμεσα Υπεύθυνη Δήλωση** του Ν. 1599/86 για τη μη αποδοχή του διορισμού.

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή-σφραγίδα)