|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**ΕΠΩΝΥΜΟ : ΟΝΟΜΑ :ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Σ.Α :ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :ΤΗΛΕΦΩΝΟ :Δηλώνω ότι: *(πρέπει ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ να συμπληρώσετε αν κατέχετε έμμισθη θέση Ιδιωτικού ή Δημοσίου Δικαίου, διαφορετικά συμπληρώστε την λέξη ΟΧΙ)*Κατέχω έμμισθη θέση στο :………………………………………………….…………………………………………………. | **Προς****Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών**Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση, στην οποία να φαίνεται :* Η εγγραφή μου στα μητρώα του Ι.Σ.Α.
* Ο χρόνος ενάρξεως ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος
* Ο χρόνος ενάρξεως και το είδος της ασκούμενης από εμένα ιατρικής ειδικότητας.

Η βεβαίωση θα χρησιμοποιηθεί (*γράφεται ο λόγος και η Υπηρεσία που θα κατατεθεί η ζητούμενη βεβαίωση* ) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………ΑΘΗΝΑ .../…/202..Ο Αιτών/ Η Αιτούσα |