|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η | | |
|  |  |  |
|  |  | Προς |
|  |  | **Το Τμήμα Ιατρικής**  **της Σχολής Επιστημών Υγείας**  **του ΑΠΘ** |
|  |  |  |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: |  |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  | Σας ενημερώνω για τη συμμετοχή μου στο συνέδριο που θα γίνει  στ…………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………….  από………………………………………………………………………………………………  έως………………………………………………………………………………………………  Συνημμένα υποβάλλω τη Διακήρυξη συνεδρίου (προαιρετικά). |
| ΒΑΘΜΙΔΑ: |  |
|  |  |
| ΥΠΗΡΕΤΩ:  (Κλινική ή Εργαστήριο) |  |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
|  | |
|  |  | Δηλώνω υπεύθυνα, ότι έχω ενημερώσει για την απουσία μου την/τον Διευθύντρια/Διευθυντή της/του Κλινικής/Εργαστηρίου  κ.………………………………………………………………………………………….  Επίσης, δηλώνω ότι οι ημέρες συμμετοχής μου δεν συμπίπτουν με τις διδακτικές μου υποχρεώσεις.  Ή (σε διαφορετική περίπτωση)  Δηλώνω ότι κατά τη διάρκεια της απουσίας θα με αντικαταστήσει στις διδακτικές μου υποχρεώσεις  η/ο κ.…………………………………………………………………………………………  Τα έξοδα θα βαρύνουν εμένα την/τον ίδια/ίδιο. |
|  |  |
|  | | Με τιμή  Η αιτούσα/ Ο αιτών |

Θεσσαλονίκη, ……………………………………………………