|  |
| --- |
| 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 τιμήΗ αιτούσα/ Ο αιτών |

Θεσσαλονίκη, ……………………………………………………