|  |  |
| --- | --- |
| **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 |