

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ – ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Του (της) του
.....ιατρού(ειδικότητας).....
που υπηρετώ στο Κ.Υ.....,ΥΠΕ
κατοίκου οδός
αριθμ. / Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ.
....., ΤΗΛ.

Με την παρούσα σας δηλώνω ρητώς και κατηγορηματικώς
ότι δεν αποδέχομαι τη μετακίνησή μου και την ανάθεση των
καθηκόντων οικογενειακού ιατρού, διότι είναι παράνομη,
αντισυνταγματική και ως εκ τούτου συνιστά βλαπτική μεταβολή
και είναι άκυρη.

Επίσης, σας δηλώνω ρητώς και κατηγορηματικώς ότι
εφόσον εξαναγκαστώ σε εκτέλεση των καθηκόντων που
παράνομα μου ανατίθενται, αυτό δε συνιστά αποδοχή της
μετακίνησης.

Με την επιφύλαξη κάθε δικαιώματός μου.

...../...../2018