**ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ**

**…………….., …. /…./2021…..**

*ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ*  **Αριθμ. Πρωτ.:**

 **ΙΔΡΥΜΑ**

 **ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ**

 **ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

**ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ**

# …………………….. ΥΠΟΚ/ΜΑ ……………………

**ΤΜΗΜΑ : ΕΣΟΔΩΝ**

**Ταχ. Διεύθυνση : ……………………..............**

 **………………………….........**

**Πληροφορίες : …………………………........**

**Αριθ. τηλεφώνου : ………………………………….**

**Email : ………………………………….**

**Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ**

Βεβαιώνεται ότι, ο/η …….….………………………………………………….του ………………………………………………

**Α.Μ.Ε.: ……………………................**,

**Α.Μ.Κ.Α.: ……………………………………**,

όπως προκύπτει από τα ασφαλιστικά στοιχεία που μας προσκόμισε, καθώς και από τα μηχανογραφικά τηρούμενα αρχεία της Υπηρεσίας μας έχει πραγματοποιήσει, ως **αποκλειστική/κός νοσοκόμα/ος** στην ασφάλιση του **ΙΚΑ-ΕΤΑΜ** συνολικά (…………………………) ημέρες εργασίας.

Η παρούσα χορηγείται κατόπιν αιτήσεως του/της ……………………………………………………………., σε εφαρμογή των διατάξεων της υπ’ αριθμ. **Υ4α/οικ.37804/25-4-2013 (ΦΕΚ 1023/25-2013 τ.Β΄)** με κάθε επιφύλαξη για οποιαδήποτε εκ των υστέρων μεταβολή των στοιχείων, βάσει των οποίων εκδόθηκε.

#  Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΡΙΑ

 ……………………………………………………..