

ΠΡΟΣ

Την Διοίκηση του Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο
.....».

ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΣΧΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογραμμμένος/η (ονοματεπώνυμο), Επικουρικός/η Ιατρός
στο (Τμήμα/Κλινική/Εργαστήριο),

ΔΗΛΩΝΩ

Ότι από την (ημερομηνία) και εφεξής, θα τελώ σε επίσχεση εργασίας,
σύμφωνα με το άρθρο 325 του Αστικού Κώδικα και θα απέχω τόσο από το
τακτικό πρωινό ωράριο όσο και από το πρόγραμμα εφημεριών του (Τμήμα/
Κλινική/Εργαστήριο), μέχρις ολοσχερούς εξόφλησης της δεδουλευμένης
εργασίας μου.

Συγκεκριμένα:

- α)** Από την (ημερομηνία) μέχρι και σήμερα δεν μου έχουν καταβληθεί οι
τακτικές αποδοχές μου (μισθός), συνολικού ποσού Ευρώ.
- β)** Από την (ημερομηνία) μέχρι και σήμερα δεν μου έχουν καταβληθεί οι
πρόσθετες αποδοχές μου (εφημερίες), συνολικού ποσού Ευρώ.

Επισημαίνω, ότι ενόψει της εν λόγω αδικαιολόγητης, παράνομης και κατα-
χρηστικής οικονομικής εκκρεμότητας, βρίσκομαι σε εξαιρετικά δύσκολη
οικονομική κατάσταση, αδυνατώντας να ανταποκριθώ στο σύνολο των
μηνιαίων υποχρεώσών μου αλλά και των στοιχειωδών βιοτικών αναγκών μου.

Με ρητή επιφύλαξη των νομίμων δικαιωμάτων μου

(τόπος), (ημερομηνία)

Ο Δηλών/Η Δηλούσα