

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Τμήμα Πληροφοριακών Συστημάτων Διοίκησης**Αγράφων 3-5 Μαρούσι 151 23 Αττική Τηλ: 210 5212187, 2105212118E mail: dmis@eody.gov.gr**Βεβαίωση Ενημέρωσης και Κατανόησης της** **Πολιτικής Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας ΕΟΔΥ (v1.7)** |

|  |
| --- |
|  |

 |

Ο/Η εργαζόμενος /η (ονοματεπώνυμο) …………………………………………………………………………………………..στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείαςμε σχέση εργασίας *(επιλέξτε)* :

* ***ΙΔΑΧ***
* ***ΙΔΟΧ***
* ***Σύμβαση Έργου***
* ***Πρακτική Άσκηση***
* ***Εθελοντική Εργασία***
* ***Άλλο (Προσδιορίστε): …………………………………………………………………………………………***

και τοποθέτηση σε Οργανική Οντότητα *(προσδιορίστε*):

**Γενική Δ/νση:** ……………………...................................................................................................

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

**Αυτοτελές Τμήμα: ……………………………………………………..…………………………………………………..**

**Τμήμα: …………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Γραφείο: ………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Άλλο: ……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Βεβαιώνω** ότι ως χρήστης προσωπικού ή/και ομαδικού ή/και θεσμικού λογαριασμού ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του ΕΟΔΥ (@eody.gov.gr) **έλαβα γνώση και κατανόησα** την Πολιτική Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας του ΕΟΔΥ (v1.7) με την υπ’ αριθμ. πρωτ. ΕΞΕ-ΚΠ-4960/05-03-2024, απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου.

 Ημερομηνία .…… /……. /202…..

 Ο/H Δηλών/ούσα

