**Θέμα:** **Αίτηση για έκδοση Ιατρικού Πιστοποιητικού**

**για λόγους Δημόσιας Υγείας**

**Ημερομηνία Αίτησης:**………………………………………………………………

**(παρακαλώ όπως η αίτηση συμπληρώνεται και αποστέλλεται μετά την πάροδο της καραντίνας)**

**Ονοματεπώνυμο αιτητή/τριας:**…………………………………………….........

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Αριθμός Διαβατηρίου αιτητή/τριας:** …….……
(να επισυνάπτεται αντίγραφο)

**Τηλέφωνο Επικοινωνίας:**:………………………………………………………....

**Ηλεκτρονική Διεύθυνση/ Τηλεομοιότυπο(φαξ) :**………………………………

**Εμβολιασμένος/η: Ναι ΟΧΙ**

**Ημερομηνία 1ης Δόσης Εμβολίου :…………………………………..**

**Ημερομηνία 2ης Δόσης Εμβολίου: …………………………………..**

**Ημερομηνία 3ης Δόσης Εμβολίου: …………………………………..**

**Φύλαξη Ανήλικου παιδιού (κάτω των 15 ετών) ΝΑΙ ΟΧΙ**

**Ονοματεπώνυμο ανήλικου ………………………………………………………….**

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Αριθμός Διαβατηρίου ανήλικου:……………**

**Όνομα κρούσματος:** ……………………………………………………………….

**Τηλέφωνο κρούσματος :** …………………………………………………………..

**Τελευταία Ημερομηνία Επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα:** ……………

**Ημερομηνία πρώτης μέρας αυτοπεριορισμού (καραντίνας):**……………….

**Ημερομηνία τελευταίας μέρας αυτοπεριορισμού (καραντίνας):**……………

**Σχέση με το κρούσμα (σημειώστε ανάλογα π.χ. Συνάδελφος, Συμμαθητής/τρια κλπ)** …………………………………………………………….

**Υπογραφή:** ………………………………………………………………………...

*Η αίτηση να αποσταλεί με τηλεομοιότυπο (φάξ) στο 22771496 ή*

*στο email:* *cycomnet1@cytanet.com.cy*