

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΘΕΜΑ : «Χορήγηση βεβαίωσης αντένδειξης εμβολιασμού»****ΕΠΩΝΥΜΟ:……………………….……….............** **ΟΝΟΜΑ:………………………...…………………..** **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………...…...…………….** **Α.Δ.Τ.:………..........…………..……………………** **ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……...……..…………….…..** **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:………..……….……...…….** **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:..…....……………..…………** **.…………………………….………....….................****.…………………………………………...................****ΤΗΛΕΦΩΝΟ/Α:…………………..………..............****………………………………………..…..................****……. , ……/……/ 20……** | **ΠΡΟΣ****ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ****& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ****Π.Ε. ……..**Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε Πιστοποιητικό Αντένδειξης για το εμβόλιο ………………………………. …………………………………λόγω, …………………….. ………………………………………………………………. …………….………….…………………………….…..……...…………………………………………………………………………………… ………………………………………… ……..…………………………….………………….………. ……………………………………………………….…...….…….…………..……………………………………………..…………………………………….….……….….…….…………………………………………………………….…….………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………..…Συνημμένα υποβάλλω:1. ……………………………………………………………
2. ……………………………………………………………
3. ……………………………………………………………

Ο Αιτών/ουσα…………………………. |