

**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  …………………………. |