****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4, Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: **«ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ****Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ****Π.Ε………………………** | **ΑΡΙΘΜΟΣ****ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτ.Ταυτότητας\*: |  | Α.Φ.Μ. |  | Αρ. ΆδειαςΟδήγησης:\* |  |
| Αρ. Διαβατηρίου:\* |  | Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* |  | Ιθαγένεια: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: | Χώρα: | Πόλη: | Οδός: | Αρ.: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ.: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

**Παρακαλώ για τη Χορήγηση Διεθνούς Πιστοποιητικού Εμβολιασμού.**

**ΧΩΡΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΤΑΞΙΔΕΨΩ ………………………………………………………………….**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ …………………………………………………………………………………………….**

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ………………………………………………………………………………………………………….**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Ο /Η ΑΙΤΩΝ /ΟΥΣΑ**

**………………………….**