

Προς: Ομάδα Ιχνηλάτησης Υπουργείου Υγείας

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω διαγνωστεί ως θετικό κρούσμα COVID19, έχω αποδεσμευτεί αλλά δεν έχω λάβει sms για το coronapass.

Παρακαλώ όπως εξεταστεί η υπόθεσή μου.

Καταθέτω τα πιο κάτω στοιχεία για διευκόλυνση των ενεργειών σας.

(Όπου * είναι υποχρεωτικό πεδίο προς συμπλήρωση)

Όνομα*: _____

Επώνυμο*: _____

Ημερομηνία Γέννησης*: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας*: _____

Αριθμός Ταυτότητας/Αριθμός Διαβατηρίου/ARC*: _____

Διεύθυνση: _____

ΤΚ: _____

Επαρχία: _____

Ημερομηνία Δειγματοληψίας θετικού αποτελέσματος*: _____

Εργαστήριο όπου έγινε η εξέταση*: _____

Περιοχή όπου έγινε η εξέταση*: _____

Όνομα Προσωπικού Ιατρού*: _____

Τηλέφωνο Προσωπικού Ιατρού*: _____

Ήρθα σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα 14 ημέρες πριν νοσήσω*; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Όνομα και επίθετο θετικού κρούσματος που ήρθα σε επαφή*: _____

Επισυνάπτω θετικό εργαστηριακό αποτέλεσμα: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αντιλαμβάνομαι πλήρως τις νομικές συνέπειες σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης

Ονοματεπώνυμο ατόμου που υποβάλλει τη δήλωση: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____