



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ..... ..... (Συμπληρώστε την Π.Ε. στην οποία απευθύνεστε)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
	<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>		

Παρακαλώ για τη χορήγηση πιστοποιητικού υγείας αποκλειστικών αδελφών νοσοκόμων

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ....		
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :			
Τόπος Γέννησης:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ: TK:
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις - που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

**Επιθυμώ την έκδοση πιστοποιητικού υγείας για να εργαστώ ως αποκλειστική νοσοκόμος . Επιսυνάπτω τις απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις.**

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας:
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:

Ο/Η αιτών/ούσα

(ημερομηνία)

(υπογραφή)

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

- 1.α/α θώρακα
- 2.Εξετάσεις αίματος για Δείκτες ηπατίτιδας Α,Β,С.  
( HBs Ag, Anti -HBc ολικό, Anti -HBs, HBe Ag, Anti- HBe, Anti HCV, Anti HAV-IgM)
- 3.Δυο πρόσφατες φωτογραφίες