



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
1449 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

**Θέμα: Αίτηση για έκδοση Ιατρικού Πιστοποιητικού
για λόγους Δημόσιας Υγείας**

Άτομα τα οποία αιτούνται την χορήγηση Ιατρικού Πιστοποιητικού για λόγους Δημόσιας Υγείας, θα πρέπει να συμπληρώσουν τα παρακάτω προσωπικά στοιχεία.

Ημερομηνία Αίτησης:.....

Όνοματεπώνυμο:.....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας* ή Αριθμός Διαβατηρίου*.....

*να επισυνάπτεται αντίγραφο

Διεύθυνση Μόνιμης Διαμονής:.....

.....

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Ημερομηνία Άφιξης:

Χώρα Άφιξης:

Υπογραφή:

Να επισυνάπτονται **ταξιδιωτικά έγγραφα** (κάρτα επιβίβασης ή αεροπορικό εισιτήριο), με την οποία επιβεβαιώνεται η ημερομηνία άφιξης στη Κύπρο.

Η αίτηση να αποσταλεί με τηλεμοιότυπο (φάξ) στο 22771496 ή στο email: smichael@papd.mof.gov.cy