



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*:.....
(παρακαλώ όπως η αίτηση συμπληρώνεται και αποστέλλεται μετά την πάροδο της καραντίνας)

Όνοματεπώνυμο*:.....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας* ή Αριθμός Διαβατηρίου*.....
(να επισυνάπτεται αντίγραφο)

Διεύθυνση Μόνιμης Διαμονής*:.....

.....

Τηλέφωνο Επικοινωνίας*:.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση/ Τηλεομοιότυπο(φάξ)* :.....

Όνομα κρούσματος*:

.

Ημερομηνία Επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα* :

Ημερομηνία πρώτης μέρας αυτοπεριορισμού (καραντίνας)*.....

Σχέση με το κρούσμα (σημειώστε ανάλογα π.χ. Συνάδελφος, Συμμαθητής/τρια κλπ)*

Χώρα και Ημερομηνία Άφιξης*:

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

Υπογραφή*:

*Υποχρεωτικά πεδία

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