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

**Ημερομηνία Αίτησης\*:**………………………………………………………………

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

**Ονοματεπώνυμο\*:**…………………………………………………………………..

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

**Τηλέφωνο Επικοινωνίας\***:………………………………………………………....

**Ηλεκτρονική Διεύθυνση/ Τηλεομοιότυπο(φαξ)\* :**………………………………

**Όνομα κρούσματος\*:** ……………………………………………………………….

**Τηλέφωνο κρούσματος :** …………………………………………………………..

**Τελευταία Ημερομηνία Επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα\* :** ……………

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

**Ημερομηνία τελευταίας μέρας αυτοπεριορισμού (καραντίνας)\***……………

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

**Πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την επαφή:** ……………………………..

………………………………………………………………………………………....

**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:* [*cycomnet1@cytanet.com.cy*](mailto:cycomnet1@cytanet.com.cy)