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 υποβάλει τη δήλωση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_