|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΕΝΝΗΘΕΙ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ 31η .12.1961, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 24 ΤΟΥ Ν. 4865/2021 (ΦΕΚ 238/Τ.Α /4-12-2021)** |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **ΑΡΜΟΔΙΑ ΤΡΙΜΕΛΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΗΣ 1ης Y.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ** |
| Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για απαλλαγή από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, για λόγους υγείας, σύμφωνα με τις **Διατάξεις του Άρθρου 24 του Ν. 4865/2021** **(ΦΕΚ 238/Τ.Α /4-12-2021)**  |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | **Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:****Ιατρική Βεβαίωση απόδειξης της συνδρομής του λόγου εξαίρεσης με όλα τα αναγκαία αποδεικτικά στοιχεία** (σύνολο ………..σελίδων) (Συμπληρώνεται το σύνολο σελίδων των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)  Ημερομηνία …………………. Ο/Η Αιτών/ούσα…………………………. |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: |
| ΑΜΚΑ: |
| ΦΟΡΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ: |
| ΛΟΓΟΣ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΡΑΦΟ **1** ΤΟ ΑΡΘΡΟΥ **2** ΤΗΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-8-21 ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ: (α □, β □, γ □, δ □, ε □, στ □, ζ □ ) όπως τροποποιήθηκε και ισχυεί |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: |
| ΤΗΛ, ΚΙΝ. ΤΗΛ : |
| E-MAIL.: |
|  |
|  |
|  |
|  |  |