|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. Γ.Π.οικ 81185/27.12.2021 (ΦΕΚ 6324/τ.Β’/30.12.2021) & Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-8-21 (ΦΕΚ 3794/Β΄/13-08-2021)**  **ΚΟΙΝΕΣ ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ** | |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **Την Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή για την αξιολόγηση αιτημάτων απαλλαγής από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού φυσικών προσώπων, που έχουν την κατοικία ή τη συνήθη διαμονή τους εντός της Ελληνικής Επικράτειας και έχουν γεννηθεί έως και την 31.12.1961».**  **Ε-mail:** [**dir.hr@1dype.gov.gr**](mailto:dir.hr@1dype.gov.gr)  **τηλ: 213 2010489** |
| Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για **απαλλαγή από την υποχρεωτικότητα εμβολιασμού, για λόγους υγείας,** σύμφωνα με τις υπ’ αριθμ. Γ.Π.οικ 81185/27.12.2021 (**ΦΕΚ 6324/τ.Β’/30.12.2021**) & Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-8-21 (**ΦΕΚ 3794/Β΄/13-08-2021**) Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις. |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:** |  |
| **ΑΜΚΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:** | **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)     |  | | --- | | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | |  | | **………………………** | |  | | **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ** | |  | | **……………………** | |
| **E-MAIL ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:** |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** |
| **ΑΜΚΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** |
| **E-MAIL ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:** |
| **ΛΟΓΟΣ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ** ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ **2** ΤΗΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. **Γ.Π.οικ.81185/30-12-21** ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ:  (α □, β □, γ □, δ □, ε □, στ □,  Άτομο με αναπηρία □). |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |