|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-8-21 ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ(ΦΕΚ 3794/Β΄/13-08-2021)** |
|  | **ΠΡΟΣ** |
|  | **ΦΟΡΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:………………****Δ/νση Προσωπικού****Υπόψη Προϊσταμένου Δ/νσης****e-mail:…………………..****τηλ: ……………………………….****Ταχ. Δ/νση: ………………………….** |
| Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για απαλλαγή από την υποχρεωτικότητα εμβολιασμού, για λόγους υγείας, σύμφωνα με την υπ’ αριθμ. Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-08-21 Υπουργική Απόφαση (**ΦΕΚ 3794/Β΄/13-08-2021)**. |
| 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 □) |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: |
| ΤΗΛ, ΚΙΝ. ΤΗΛ : |
| E-MAIL.: |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: |
|  |
| ΗΜ. ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ 1Ης ΔΟΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ: |
|  |
|  |  |