



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

Αρ. πρωτ. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(συμπληρώνεται από τη γραμματεία)

## “Αίτηση εξαιρέσης για λόγους υγείας από την υποχρεωτικότητα εμβολιασμού”

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4820/2021 (Α'130)

### Α. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Ειδικότητα:.....

Δ/νση κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλ.....

Email: .....

### Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επωνυμία:.....

Περιφερειακή Ενότητα: .....

Νομική μορφή:

Δημόσιος/Δημοτικός/Ιδιωτικός

Email επικοινωνίας: .....

.....

### ΠΡΟΣ

Τριμελή Επιτροπή εξέτασης αιτημάτων νοσοκομείων αρμοδιότητας της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης (δημόσιες δομές)

Τριμελή Επιτροπή εξέτασης αιτημάτων λοιπών φορέων (δημοσίων, δημοτικών και ιδιωτικών)

Παρακαλώ όπως εξετάσετε το αίτημά για εξαιρέση για λόγους υγείας από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, όπως αυτή προβλέπεται στις διατάξεις του Ν.4820/2021 (Α'130).

Επισυνάπτω ιατρική γνωμάτευση/λοιπά δικαιολογητικά:

1. ....

2. ....

3. ....

Πόλη, Ημερομηνία

.....ΑΙΤ.....

.....

(συμπληρώνεται από τη γραμματεία)

Το αίτημα κρίθηκε:  Δεκτό  Μη αποδεκτό

κατά την \_\_\_\_\_ Συνεδρίαση της Τριμελούς Επιτροπής, την \_\_\_\_\_