

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: \_\_\_\_\_