

ΘΕΜΑ : ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

(Η αίτηση να αποσταλεί στο e-mail: paidon@paidon-pentelis.gr)

ΑΙΤΗΣΗ

(Στοιχεία γονέα ή κηδεμόνα)

Του/της.....

.....

Α.Δ.Τ.

Αρ. Φακέλου.....

Κατοίκου.....

Οδός

Αρ..... ΤΚ.....

Τηλέφωνο

E mail

ΠΡΟΣ : Γ. Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

ΙΑΤΡΕΙΟ

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε

το ανωτέρω που αφορά το τέκνο μου

(όνομα παιδιού)

.....

με ΑΜΚΑ

που εξετάστηκε ή νοσηλεύτηκε

στο Νοσοκομείο στις

Το πιστοποιητικό αυτό θα το

χρησιμοποιήσω

.....

Δηλώνω υπεύθυνα με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 ότι έχω τη γονική μέριμνα - επιμέλεια του τέκνου μου και δεν μου έχει αφαιρεθεί με δικαστική απόφαση.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

ΠΕΝΤΕΛΗ,

Επιλέξτε τρόπο παραλαβής του πιστοποιητικού σας

Παραλαβή από την υπηρεσία με ΑΔΤ γονέα ή κηδεμόνα

Παραλαβή από την υπηρεσία με ΑΔΤ από τρίτο εξουσιοδοτημένο άτομο

Παραλαβή μέσω ταχυμεταφοράς (courier) με χρέωση του παραλήπτη