

ΘΕΜΑ : ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ**ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ****ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ**

(επιλέξτε ένα από τα παραπάνω)

(Η αίτηση να αποσταλεί στο e-mail: paidon@paidon-pentelis.gr) – τηλ.213-2052515**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/ΚΛΙΝΙΚΗ.....

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το ανωτέρω που
αφορά το τέκνο μου (ονοματεπώνυμο παιδιού)

.....

με ΑΜΚΑ

που εξετάστηκε ☐ ή νοσηλεύτηκε ☐

στο Νοσοκομείο στις

(η ημερομηνία εισαγωγής είναι απαραίτητη)

Ονοματεπώνυμο ιατρού που αναγράφεται στο εξιτήριο

(σε περίπτωση νοσηλείας).....

Εξωτερικό Ιατρείο (π.χ. Παιδιατρικό, Ορθοπεδικό κλπ.)

που εξετάστηκε

Το υπεύθυνο εργαστήριο (π.χ. Ακτινολογικό, Βιοχημικό,
Αιματολογικό) (εάν πρόκειται για εξέταση)

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.

ΠΕΝΤΕΛΗ,

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Βάσει νομοθεσίας απαιτείται εγκεκριμένη ψηφιακή υπογραφή ή θεωρημένο
γνήσιο υπογραφής μέσω ηλεκτρονικής εφαρμογής/gov.gr «Ψηφιακή βεβαίωση
εγγράφου» ή μέσω ΚΕΠ)

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