**~~~~**

Δήλωση αρνητικού αποτελέσματος COVID-19 για κατατακτήριες εξετάσεις

Στοιχεία εξεταζόμενου

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: |  |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατρός: |  |
| Όνομα Μητρός: |  |
| Ημερ. Γέννησης: |  |
| ΑΔΤ ή άλλο έγγραφο ταυτοποίησης: |  |

Στοιχεία Ελέγχου

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία διεξαγωγής: |  |
| Τύπος ελέγχου (self test, rapid test, pcr): |  |
| Αποτέλεσμα: |  |

…………./………../2021

Ο/Η Δηλ…

(Υπογραφή)