**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



Δήλωση αρνητικού αποτελέσματος COVID-19 για κατατακτήριες εξετάσεις

**Στοιχεία Εξεταζόμενου**

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

**Στοιχεία ελέγχου**

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία διεξαγωγής: |  |
| Τύπος Ελέγχου  (Self Test, Rapid Test, PCR): |  |
| Αποτέλεσμα: |  |

Ημερομηνία

Ο – Η Δηλ