

**Δήλωση αρνητικού αποτελέσματος COVID–19**

**για κατατακτήριες εξετάσεις**

Στοιχεία εξεταζόμενου/εξεταζόμενης

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: |  |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα πατρός: |  |
| Όνομα μητρός: |  |
| Ημερομηνία γέννησης: |  |
| ΑΔΤ ή  άλλο έγγραφο ταυτοποίησης: |  |

Στοιχεία ελέγχου

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

Ημερομηνία ……………… 2021

Ο Δηλών/Η Δηλούσα

(υπογραφφή)