|  |
| --- |
|   |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****1η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ****Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ.** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ……………….………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ……………………….………………….………………

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ……….………..………………….……………

**ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ:** ……………………………………….…………

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ** ……/….../…….…………

**ΑΜΚΑ:** ……..…………………….…………………..……………

**Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:** ……………………………………...

**ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** ……………………….………………

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:** …………………………………….………………

**ΠΟΛΗ:** ….………………………………………………………….

**Τ.Κ.:** …………………………………………………………….…..

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** …………………………..……………………….….

**ΟΝΟΜΑ:** ……………………….…………………………….…...

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ……….………..……………………….….…..

**ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ:** ………………………………..….……………

**Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:** …………………………………......

**ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** …………………………………...…..

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:** ……………………………………………………..

**ΠΟΛΗ:** ….………………………………………………….……….

**Τ.Κ.:** …………………………………………………………….......

Αθήνα,.……/…../20……….

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Αριθμ. Πρωτ.: ……………………………**

**Ημερομηνία: ……./…..../………...**

*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε Πιστοποιητικό/Βεβαίωση

……………………………………………..………..............…………………………………………………………………………………..

Για την προσέλευση/διακομιδή μου στο ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Στις ……/……/20…….… (ημερομηνία)

Για την νοσηλεία μου στο ΚΛΙΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

(αναφέρατε το ΤΜΗΜΑ)

1. ……………………………………….…..……………………......

Από ……/……/……….…... Μέχρι ...../…..../................

2. …………………………….…..……………….......................

Από ……/…../…………….. Μέχρι ...../....../.................

Το πιστοποιητικό θα το χρησιμοποιήσω:

Για ιατρική χρήση

Για δικαστική χρήση

Για τον ατομικό μου φάκελο-αρχείο

Για πιστοποίηση αναπηρίας (ΚΕΠΑ)

Για άλλο λόγο (αναφέρατε ποιόν)

……………………………………………………………................

…………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

**ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ**

**Η/Ο Αιτούσα/Αιτών**

…………………………………………………………………………

(Ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή

(Δεν απαιτείται υπογραφή για αιτήσεις που υποβάλλονται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου)

***Πληροφορίες για την παραλαβή των βεβαιώσεων μπορείτε να βρείτε στην επόμενη σελίδα***

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΩΝ ΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ**

*Τα αιτούμενα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις παραλαμβάνονται από την ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ (Γραφείο 317, Παλαιό Κτίριο, 3ος όροφος) κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 08:00-14:00 (τηλ. επικοινωνίας 2132041201).*

**ΠΑΡΕΛΗΦΘΗΣΑΝ:**

**Από την/τον**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** …………………………..……………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ……………………….……………………................

**ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ:** ………………………………….………………

**Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:** ……………………………………….

Αθήνα, ………/………/20……

*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*

**Η/Ο Παραλαβούσα/Παραλαβών**

……………………………………………………………………………

(Ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή)

***Α.*** *Η παραλαβή γίνεται με επίδειξη της Αστυνομικής Ταυτότητας ή άλλου εγγράφου ταυτοποίησης:*

***1.*** *Από τον ίδιο τον ασθενή,*

***2.*** *Από τους οικείους του ασθενούς, κατόπιν εξουσιοδότησης από Αστυνομική Αρχή ή**από ΚΕΠ ή ηλεκτρονική μέσω του gov.gr,*

***3.*** *Από τρίτους, εφ’ όσον αυτοί έχουν έννομο συμφέρον και το αποδεικνύουν.*

***Β.*** *Σε περίπτωση θανάτου του ασθενούς, οι νομιμοποιούμενοι κληρονόμοι θα πρέπει να προσκομίζουν:*

***α.*** *Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών*

***β.*** *Ληξιαρχική πράξη θανάτου*

***γ.*** *Πιστοποιητικό περί μη δημοσιεύσεως διαθήκης και σε περίπτωση δημοσιεύσεως διαθήκης, πιστοποιητικό περί μη δημοσιεύσεως ετέρας διαθήκης και αντίγραφο διαθήκης.*

***Γ.*** *Εφ’ όσον δεν πρόκειται για κληρονόμους, αλλά για άτομα που έχουν έννομο συμφέρον (αντίδικοι, κλπ.), θα πρέπει να προσκομίζονται έγγραφα με τα οποία αυτό να αποδεικνύεται.*