****

**Δήλωση αρνητικού αποτελέσματος COVID-19 για κατατακτήριες εξετάσεις**

**Στοιχεία Εξεταζομένου**

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

**Στοιχεία Ελέγχου**

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

**Ημερομηνία, ……/……/2021**

**Ο-Η Δηλ.**

**(Υπογραφή)**