

ΘΕΜΑ : ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ**ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ****ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ**(Η αίτηση να αποσταλεί στο e-mail: paidon@paidon-pentelis.gr) – τηλ.213-2052515**ΑΙΤΗΣΗ****(Στοιχεία γονέα ή κηδεμόνα)****Του/της.....****.....****Α.Δ.Τ.****Αρ. Φακέλου.....****Κατοίκου.....****Οδός****Αρ..... ΤΚ.....****Τηλέφωνο****E mail****ΠΡΟΣ : Γ. Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ****ΙΑΤΡΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ.....****Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε****το ανωτέρω που αφορά το τέκνο μου****(όνομα παιδιού)****.....****με ΑΜΚΑ****που εξετάστηκε ☐ ή νοσηλεύτηκε ☐****στο Νοσοκομείο στις****Το πιστοποιητικό αυτό θα το****χρησιμοποιήσω****.....**

Δηλώνω υπεύθυνα με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 ότι έχω τη γονική μέριμνα -επιμέλεια του τέκνου μου και δεν μου έχει αφαιρεθεί με δικαστική απόφαση.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Βάσει νομοθεσίας απαιτείται εγκεκριμένη ψηφιακή υπογραφή ή θεωρημένο γνήσιο υπογραφής μέσω ηλεκτρονικής εφαρμογής/gov.gr «Ψηφιακή βεβαίωση εγγράφου» ή μέσω ΚΕΠ)

ΠΕΝΤΕΛΗ,**Επιλέξτε τρόπο παραλαβής του πιστοποιητικού σας****Παραλαβή από την υπηρεσία με ΑΔΤ γονέα ή κηδεμόνα****Παραλαβή από την υπηρεσία με ΑΔΤ από τρίτο εξουσιοδοτημένο άτομο****Παραλαβή μέσω ταχυμεταφοράς (courier) με χρέωση του παραλήπτη**