**Βεβαίωση / πιστοποιητικό γιατρού για άτομα με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από τον Covid‑19.**

Βεβαιώνεται ότι ο / η

Ονοματεπώνυμο ασθενή

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας

Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

εμπίπτει στις ομάδες πληθυσμού με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από Covid‑19 και συγκεκριμένα έχει το/τα πιο κάτω σημειωμένο/α νόσημα/νοσήματα (σημειώστε το νόσημα που ισχύει):



Οι πιο πάνω ασθένειες έχουν καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας σε Δελτίο Τύπου, ημερομηνίας 4/11/2020

Όνομα προσωπικού γιατρού

Υπογραφή προσωπικού γιατρού

Ημερομηνία

Τηλ. Επικοινωνίας

Το παρόν έντυπο θα επισυναφθεί σε αίτηση του σχεδίου για «Ειδικό Επίδομα Απουσίας από την Εργασία» του Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.