

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
Συμπληρώστε μία από τις ακόλουθες A, B, C, περιπτώσεις
DECLARATION
Fill in one of the following A, B, C, cases

Παρελήφθη

A) Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι διενέργησα test για κορωνοϊό και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό.

I, the undersigned, declare that I have conducted test for corona virus and the result was negative.

Το τεστ διενεργήθηκε _____ (ημερομηνία και τόπος)
Test conducted _____ (date and place)

Το test στο οποίο υποβλήθηκα είναι:
The test I conducted is:

Σημειώστε ανάλογα <i>Check accordingly</i>	
PCR Test	
Rapid Test	

**Ο Οργανωτής διατηρεί το δικαίωμα να με υποβάλει οποιαδήποτε στιγμή σε εκ νέου test.
Αναγνωρίζω ότι τυχόν άρνηση μου θα επιφέρει την οριστική απομάκρυνση μου από οποιοδήποτε χώρο του αγώνα.**

Organizer reserves the right to re-test me at any moment. I acknowledge that any refusal to do so will result my permanent exclusion from any area of the race.

B) Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω υποβληθεί σε εμβολιασμό για κορωνοϊό και με όλες τις προβλεπόμενες δόσεις που απαιτεί το συγκεκριμένο εμβόλιο.

Το εμβόλιο στο οποίο υποβλήθηκα είναι το: _____ (ονομασία εμβολίου)
Ημερομηνία τελευταίας δόσης εμβολιασμού: _____

I, the undersigned, declare that I have been vaccinated with vaccine against corona virus and with all doses that are predicted for the certain vaccine.

The vaccine with which I am vaccine is: _____ (vaccine name)
Date of last vaccination dose: _____

C) Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω υποβληθεί σε test και έχω βρεθεί με αντισώματα έναντι του κορωνοϊού.

Ημερομηνία που υποβλήθηκα στο test: _____
I, the undersigned, declare that I have been tested for antibodies against corona virus and I was found to have such antibodies.
Date of conducting the test: _____

Ο/η υπογεγραμμένος/η
The undersigned

Πλήρες Ονοματεπώνυμο
Name and Surname _____
Ημερομηνία
Date _____
Κινητό Τηλέφωνο
Mobile Phone _____
Email _____

Συνημμένα υποβάλλω αντίστοιχη βεβαίωση – Attached I submit relevant certificate

Για επιστροφή στη μόνιμη κατοικία μου επιθυμώ να υποβληθώ σε PCR test _____ (ημερομηνία)
For return to my homeland / country, I wish to conduct PCR test _____ (date)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....

Εξέτασα σήμερα τον/την

του..... με ημερομηνία γέννησης.....

Παρέλαβα το έντυπο ιατρικού ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και

βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης/...../2021 δεν

εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα, δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας ή
ανοσμίας.

Ο εξεταζόμενος επίσης δηλώνει ότι δεν έχει έλθει σε επαφή με άτομο με

επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις τελευταίες 48 ώρες.

Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....