

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑ Ή ΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΤΟΥΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΣΕ
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ 3^{ης} ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ
ΕΧΟΥΝ ΓΕΝΝΗΘΕΙ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ 31^η 12.1961,
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 24 ΤΟΥ Ν. 4865/2021
(ΦΕΚ 238/Α΄/04.12.2021)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

ΟΝΟΜΑⁱⁱ:

ΕΠΩΝΥΜΟⁱⁱⁱ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ^{iv}:

ΑΜΚΑ^v:

E-MAIL^{vi}:

ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ & ΚΙΝΗΤΟ^{vii}:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΒΑΖΕΙ
ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ**

ΟΝΟΜΑ^{viii}:

ΕΠΩΝΥΜΟ^{ix}:

ΑΜΚΑ^x:

E-MAIL^{xi}:

ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ & ΚΙΝΗΤΟ^{xii}:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ^{xiii}:

ΛΟΓΟΣ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ^{xiv}:

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΡΑΦΟ 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 2
ΤΗΣ ΥΠ΄ ΑΡΙΘΜ. Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13-8-21
ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ, ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΙΗΜΕΝΗ
ΙΣΧΥΕΙ:

(α , β , γ , δ , ε , στ , ζ)

ΠΡΟΣ

**ΑΡΜΟΔΙΑ ΤΡΙΜΕΛΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΗΣ 3^{ης} Υ.ΠΕ.
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣⁱ**

Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για
απαλλαγή από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, για
λόγους υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 24
του Ν. 4865/2021 (ΦΕΚ 238/Α΄/04.12.2021), όπως
τροποποιημένο ισχύει

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

1. Ιατρική Βεβαίωση απόδειξης της συνδρομής του
λόγου εξαίρεσης με όλα τα αναγκαία αποδεικτικά
στοιχεία
2.
3.
4.

(σύνολοσελίδων)

(Αναφέρονται αναλυτικά τα δικαιολογητικά που
υποβάλλονται και συμπληρώνεται ο συνολικός αριθμός των
σελίδων τους)

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....

(Σε περίπτωση υποβολής του αιτήματος από άτομο
διαφορετικό του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα
απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό, απαιτείται
νόμιμη εξουσιοδότηση με θεώρηση γνησίου υπογραφής
όπως νομίμως προβλέπεται ή απόφαση δικαστικού
συμπαραστάτη)

ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ- ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ⁱ Στην 3^η **Υγειονομική Περιφέρεια (Μακεδονίας)** έχουν συγκροτηθεί τρεις (3) Υγειονομικές Επιτροπές για την εξέταση των αιτημάτων απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό για τα φυσικά πρόσωπα άνω των 60 ετών.

Οι Επιτροπές έχουν αρμοδιότητα να εξετάζουν τα αιτήματα που αποστέλλονται από γεωγραφικές περιοχές που ανήκουν στην 3^η ΥΠΕ στους Νομούς Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Ημαθίας, Πέλλας, Κοζάνης, Καστοριάς, Γρεβενών και Φλώρινας.

Ως εκ τούτου η αίτηση αποστέλλεται προς την αρμόδια Επιτροπή ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή που βρίσκεται η κατοικία ή συνήθης διαμονή του φυσικού προσώπου, στο οποίο αφορά το αίτημα.

Αναλυτικά, αν ο τόπος κατοικίας/ διαμονής του φυσικού προσώπου στο οποίο αφορά το αίτημα, βρίσκεται:

- Στο **Νομό Θεσσαλονίκης σε περιοχή αρμοδιότητας της 3^{ης} ΥΠΕ** το αίτημα διαβιβάζεται **από τον θεράποντα ιατρό** προς την αρμόδια Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: epitropi@psychothes.gr
- Στους **Νομούς Πιερίας, Ημαθίας και Πέλλας**, το αίτημα διαβιβάζεται **από τον θεράποντα ιατρό** προς την αρμόδια Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: epitropi@gng.gr
- Στους **Νομούς Κοζάνης, Καστοριάς, Γρεβενών και Φλώρινας**, το αίτημα διαβιβάζεται **από τον θεράποντα ιατρό** προς την αρμόδια Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: epitropi@mpodosakeio.gr

ⁱⁱ Συμπληρώνετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ (Ελληνικούς ή Λατινικούς Χαρακτήρες ανάλογα τη χώρα καταγωγής του ατόμου) το **Όνομα** του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

ⁱⁱⁱ Συμπληρώνετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ (Ελληνικούς ή Λατινικούς Χαρακτήρες ανάλογα τη χώρα καταγωγής του ατόμου) το **Επώνυμο** του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^{iv} Συμπληρώνετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ (Ελληνικούς ή Λατινικούς Χαρακτήρες ανάλογα τη χώρα καταγωγής του ατόμου) το **Πατρώνυμο** του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^v Συμπληρώνετε με αριθμητικούς χαρακτήρες τον **Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)** του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^{vi} Συμπληρώνετε τη **Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου** (email) του φυσικού προσώπου, στην οποία θα αποσταλεί η Απόφαση της Τριμελούς Υγειονομικής Επιτροπής, καθώς και οποιαδήποτε άλλη επικοινωνία/ στοιχείο απαιτείται για τη διαδικασία. Το email γράφεται με μικρούς **λατινικούς χαρακτήρες**.

^{vii} Συμπληρώνετε τα **Τηλέφωνα επικοινωνίας (σταθερό και κινητό)** του φυσικού προσώπου που αφορά το αίτημα απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^{viii} Συμπληρώνετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ (Ελληνικούς ή Λατινικούς Χαρακτήρες ανάλογα τη χώρα καταγωγής του ατόμου) το **Όνομα** του θεράποντος ιατρού που διαβιβάζει το αίτημα του φυσικού προσώπου για την απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^{ix} Συμπληρώνετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ (Ελληνικούς ή Λατινικούς Χαρακτήρες ανάλογα τη χώρα καταγωγής του ατόμου) το **Επώνυμο** του θεράποντος ιατρού που διαβιβάζει το αίτημα του φυσικού προσώπου για την απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^x Συμπληρώνετε με αριθμητικούς χαρακτήρες τον **Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)** του θεράποντος ιατρού που διαβιβάζει το αίτημα του φυσικού προσώπου για την απαλλαγής από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

^{xi} Συμπληρώνετε τη **Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου** (email) του θεράποντος ιατρού που διαβιβάζει το αίτημα, στην οποία θα αποσταλεί η Απόφαση της Τριμελούς Υγειονομικής Επιτροπής, καθώς και οποιαδήποτε άλλη επικοινωνία/ στοιχείο απαιτείται για τη διαδικασία. Το email γράφεται με μικρούς **λατινικούς χαρακτήρες**.

^{xii} Συμπληρώνετε τα **Τηλέφωνα επικοινωνίας (σταθερό και κινητό)** του θεράποντος ιατρού που διαβιβάζει το αίτημα.

^{xiii} Συμπληρώνετε την **Ημερομηνία συμπλήρωσης και αποστολής της αίτησης** προς την αρμόδια Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή.

^{xiv} Επιλέγετε τον/τους **Λόγους εξαίρεσης** βάσει των οποίων αποστέλλεται το αίτημα προς την αρμόδια Τριμελή Υγειονομική Επιτροπή **σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 2** της υπ.αριθμ. Δ1α/Γ.Π.οικ.50933/13.08.2021 Υπουργικής Απόφασης όπως τροποποιημένη ισχύει.