**Θέμα:** **Αίτηση για έκδοση Πιστοποιητικού απουσίας από την εργασία**

**για λόγους Δημόσιας Υγείας**

Άτομα τα οποία αιτούνται την χορήγηση Πιστοποιητικού απουσίας από την εργασία τους για λόγους Δημόσιας Υγείας, θα πρέπει να συμπληρώσουν τα παρακάτω προσωπικά στοιχεία.

**Ημερομηνία Αίτησης:**………………………………………………………………

**Ονοματεπώνυμο:**…………………………………………………………………..

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας\* ή Αριθμός Διαβατηρίου\***…….………………

\*να επισυνάπτεται αντίγραφο

**Διεύθυνση Μόνιμης Διαμονής**:………………………………………………….

………………………………………………………………………………………...

**Τηλέφωνο Επικοινωνίας**:………………………………………………………..

**Ηλεκτρονική Διεύθυνση:**…………………………………………………………

**Ημερομηνία Άφιξης/ή επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα:**

………………………………………………………………………………………..

**Χώρα Άφιξης/ή όνομα κρούσματος:**

…………………………………………………………………...............................

**Υπογραφή:** ………………………………………………………………………...

Να επισυνάπτονται **ταξιδιωτικά έγγραφα** (κάρτα επιβίβασης ή αεροπορικό εισιτήριο), με τα οποία επιβεβαιώνεται η ημερομηνία άφιξης στη Κύπρο.

*Η αίτηση να αποσταλεί με τηλεομοιότυπο (φάξ) στο 22771496 ή*

*στο email:* [*smichael@papd.mof.gov.cy*](mailto:smichael@papd.mof.gov.cy)