**Φορμα Σκλαβενιτης**

|  |
| --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |
| ΟΝΟΜΑ |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ |
|  |
| ΗΜΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
| ΑΜΚΑ |
| ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ |
| ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ |
| ΠΕΡΙΟΧΗ |
|  |
| E-MAIL |
| Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα …………………………….…………………………………………  αναφορικά με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων για τον Κορωνοϊό Sars Cov-2, στο πλαίσιο των μέτρων πρόληψης της Επιχείρησης «ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΥΠΕΡΑΓΟΡΕΣ ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗΣ Α.Ε.Ε.» για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας στους χώρους εργασίας και την προστασία της δημόσιας υγείας, συναινώ :  **α)** να ενημερωθώ εντός των επόμενων ημερών από τη διενέργεια της εξέτασης εγγράφως με παραλαβή αυτών από το χώρο εργασίας μου σε κλειστό φάκελο,  **β)** να ενημερωθώ άμεσα σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος μέσω αποστολής e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση ………………….……………………………………………………………. /  ή γραπτού μηνύματος στο κινητό τηλέφωνο…………………………………………………………, και  **γ)** να αποσταλούν στην ηλεκτρονική διεύθυνση των Ιατρών Εργασίας *doctors@sklavenitis.com*.  Ο/Η υπογράφων/ουσα. |
|  |