



ΚΕΠ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΜΟΤΗ

/ /2021

Επώνυμο		Όνομα	
Όνομα Πατρός		Ημερομηνία Γέννησης *	
Φύλο*			
Τηλέφωνο Κινητό*		Διεύθυνση	
E-mail		Πόλη	
		ΑΜΚΑ	

Με * τα υποχρεωτικά πεδία

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ/ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΣΧΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ: (παθολογική η φυσιολογική).....

ΣΧΟΛΙΑ ΙΑΤΡΟΥ/ΑΣΘΕΝΗ:.....

Με την παρούσα συμφωνώ όπως τα παραπάνω προσωπικά μου δεδομένα τηρούνται στο αρχείο του ΚΕΠ Υγείας του Δήμου Ελευσίνας και όπως ενημερώνομαι μέσω ηλεκτρονικής επιστολής από το ως άνω ΚΕΠ Υγείας είτε από πιστοποιημένους συνεργάτες του για θέματα που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας μου.

Ο/Η Δήλων/ουσα



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.youtube.com/channel/UCrw16IRPic-76eZi8sMqH3Q

www.facebook.com/kentrikidomikepygeias/

SITE – www.kepygeias.org