# Δήλωση αποτελέσματος self-test για COVID-19

**Προσωπικά στοιχεία**

| | |
|---|---|
| **Όνομα:** | |
| **Επώνυμο:** | |
| **Όνομα Πατρός:** | |
| **Όνομα Μητρός:** | |
| **Ημερομηνία Γέννησης:** | |

**Στοιχεία self-test**

| | |
|---|---|
| **ΑΜΚΑ:** | |
| **Ημερομηνία διεξαγωγής self-test:** | |
| **Τύπος τεστ:** | |
| **Αποτέλεσμα self-test:** | |

Ημερομηνία: / /

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)