

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΜΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ  
ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΚΕ.Π.Α.**

Α.Μ ΚΕΠΑ .....		ΚΕ.Π.Α <sup>(1)</sup> .....	
Ημερομηνία: .... / .... / .....			
Αριθμός γνωμάτευσης: .....		Ημερομηνία γνωμάτευσης: .... / .... / 202....	
Αριθμός Επιτροπής: .....		Ημερομηνία συνεδρίασης: .... / .... / 202....	
ΑΜΚΑ: .....	ΑΦΜ: .....	ΔΟΥ: .....	
Επώνυμο: .....		Όνομα: .....	
Πατρώνυμο: .....		Μητρώνυμο: .....	
Ημ/νία Γέννησης: .. / ... / .....	☎ .....	Κινητό: .....	
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: .....		Ημ/νία Έκδοσης: .... / .... / 202....	
Εκδούσα Αρχή: .....		Υπηκοότητα: .....	
Δ/νση Κατοικίας: .....	Οδός: .....	Αριθ.: .....	Πόλη: .....
email: .....		Τ.Κ: .....	

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ**

Παρακαλώ όπως εισάγεται εκ νέου την αίτηση μου σε αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή ΚΕ.Π.Α. προκειμένου να γνωμοδοτήσει για την υπαγωγή μου ή μη στις διατάξεις του άρθρου ..... του ν. .... / ....., δεδομένου ότι κατά την ημερομηνία αξιολόγησής μου για πιστοποίηση ποσοστού αναπηρίας από την με αρ. .... Υγειονομική Επιτροπή ΚΕ.Π.Α. ήταν σε ισχύ. Σας γνωρίζω ότι υπάγομαι στις ως άνω διατάξεις, καθώς.....

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ: <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ (*)
--	---------

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: .....	ΚΕ.Π.Α <sup>(2)</sup> .....
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)	

Διεύθυνση Εξέτασης: .....

Υπογραφή Εξεταζομένου: .....

<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</b>	Φυσικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/>	Δικηγόρος <input type="checkbox"/>	(Σημειώστε με X)
----------------------------	---	------------------------------------	------------------

Επώνυμο: .....		Όνομα: .....	
Τηλέφωνο: .....		Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου: .....	
Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού: .....		Λήξη: .....	
Υπογραφή Εκπροσώπου: .....			
Συνημμένα: .....			