**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Κατά τη σημερινή κλινική εξέταση ο/η ασφαλισμένος/η …………………………………………………………………....... του ……………………………….

με Α.Μ.Κ.Α. ………………………………………………………. βρέθηκε υγιής, αρτιμελής, δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα και δεν έχει συμπτώματα λοίμωξης COVID-19. Δύναται να γυμνάζεται και να αθλείται εντός των φυσιολογικών για την ηλικία του/της ορίων, σε χώρους κατάλληλους και κάτω από την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων.

 **Ο ΙΑΤΡΟΣ**

**(υπογραφή & σφραγίδα)**