**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**Παρελήφθη**

**Συμπληρώστε μία από τις ακόλουθες Α, Β, C, περιπτώσεις**

***DECLARATION***

***Fill in one of the following A, B, C, cases***

**A)** Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι διενέργησα test για κορωνοίο και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό.

*I, the undersigned, declare that I have conducted test for corona virus and the result was negative.*

Το τεστ διενεργήθηκε \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ημερομηνία και τόπος)

*Test conducted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date and place)*

Το test στο οποίο υποβλήθηκα είναι:

*The test I conducted is:*

**O Οργανωτής διατηρεί το δικαίωμα να με υποβάλει οποιαδήποτε στιγμή σε εκ νέου test. Αναγνωρίζω ότι τυχόν άρνηση μου θα επιφέρει την οριστική απομάκρυνση μου από οποιοδήποτε χώρο του αγώνα.**

***Organizer reserves the right to re-test me at any moment. I acknowledge that any refusal to do so will result my permanent exclusion from any area of the race.***

|  |  |
| --- | --- |
| Σημειώστε ανάλογα  *Check accordingly* | |
| PCR Test |  |
| Self Test |  |
| Rapid Test |  |

**B)** Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω υποβληθεί σε εμβολιασμό για κορωνοίο και με όλες τις προβλεπόμενες δόσεις που απαιτεί το συγκεκριμένο εμβόλιο.

Το εμβόλιο στο οποίο υποβλήθηκα είναι το: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονομασία εμβολίου)

Ημερομηνία τελευταίας δόσης εμβολιασμού: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I, the undersigned, declare that I have been vaccinated with vaccine against corona virus and with all doses that are predicted for the certain vaccine.*

*The vaccine with which I am vaccine is: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vaccine name)*

*Date of last vaccination dose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**C)** Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω υποβληθεί σε test και έχω βρεθεί με αντισώματα έναντι του κορωνοίου.

Ημερομηνία που υποβλήθηκα στο test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I, the undersigned, declare that I have been tested for antibodies against corona virus and I was found to have such antibodies.*

*Date of conducting the test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Ο/η υπογεγραμμένος/η**

***The undersigned***

Πλήρες Ονοματεπώνυμο

*Name and Surname* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία

*Date*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Κινητό Τηλέφωνο Email

Mobile Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Συνημμένα υποβάλλω αντίστοιχη βεβαίωση – Attached I submit relevant certificate**

**Για επιστροφή στη μόνιμη κατοικία μου επιθυμώ να υποβληθώ σε PCR test \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ημερομηνία)**

***For return to my homeland / country, I wish to conduct PCR test \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date)***