



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Συμπληρώστε μία από τις ακόλουθες Α, Β, C, περιπτώσεις
DECLARATION Fill in one of the following A, B, C, cases

Παρελήφθη

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

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

Το test διενεργήθηκε _____ (ημερομηνία και τόπος)
Test conducted _____ (date and place)

Το test στο οποίο υποβλήθηκα είναι:
The test I conducted is:

Σημειώστε ανάλογα Check accordingly	
PCR Test	
Rapid Test	

Ο 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.

B) Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω υποβληθεί σε εμβολιασμό για κορωνοϊό 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 κορωνοϊού.

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)