**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ημερομηνία έκδοσης: …………………………

Ο/η εργαζόμενος/η του Υπουργείου Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας με ονοματεπώνυμο **…………………………..……………...………………….**

και με αριθμό ταυτότητας **………………………** εργάζεται, στο σχολείο **……………………………………….** και, επομένως, μπορεί να συμμετάσχει στο πρόγραμμα διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων σε εργαζόμενους του δημόσιου, ευρύτερου δημόσιου, ιδιωτικού τομέα και της Εθνικής Φρουράς, για την αντιμετώπιση της πανδημίας από τη νόσο COVID-19.

Η ταυτοπροσωπία του ανωτέρω εργαζομένου θα γίνεται με την επίδειξη της ταυτότητάς του, στα εξειδικευμένα ιδιωτικά κλινικά εργαστήρια με τα οποία συνεργάζεται το Υπουργείο Υγείας.

Διευθυντής Σχολείου

……………………………………………