



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΞΑΝΘΗΣ

ΤΜΗΜΑ: ΠΕΡ/ΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΥΓΕΙΟΝ. ΕΛΕΓΧΟΥ

Ταχ. Δ/ση: Διοικητήριο
Ταχ. Κώδ : 67100 ΞΑΝΘΗ
Πληροφορίες : Ε.Νεραντζίδου
Τηλέφωνο: 2541350137
TELEFAX : 2541083367
e-mail: ddygeias.xanthi@pamth.gov.gr

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΞΑΝΘΗΣ
Ι.Σ.Ξ.
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.....570
ΗΜΕΡΟΜΗΝ. ΛΗΨΗΣ.....12/11/13

Βαθμός Ασφαλείας:
Ξάνθη 6 Νοεμβρίου 2013
Αριθμός Πρωτοκόλλου: οικ. 4980 ✓
Βαθμός Προτεραιότητας:

Προς: 1) Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
2) Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης
3) Κέντρο Υγείας Εχίνου
4) Κέντρο Υγείας Αβδήρων
(με την παράκληση να ενημερωθούν τα περιφερειακά ιατρεία αρμοδιότητας τους)
✓ 5) Ιατρικό Σύλλογο Ξάνθης

ΘΕΜΑ: Πιστοποιητικό Υγείας εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος

ΣΧΕΤ. α) Η υπ' Αριθμ. πρωτ. Υ1γ/Γ.Π./οικ.35797(ΦΕΚ 1199/τβ/11-4-2012)Υ.Δ και με ΑΔΑ:Β4ΩΝΘ-14Ι

β) Η υπ' Αριθμ. πρωτ. Υ1γ/Γ.Π./οικ.60325/29-5-2012 και με ΑΔΑ:Β4Λ0Θ-05Υ

Σύμφωνα με τις ανωτέρω αποφάσεις τα Πιστοποιητικά Υγείας μπορούν πλέον να εκδίδονται από κάθε ιατρό με ειδικότητα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (δηλαδή Γενικό Ιατρό, Παθολόγο ή και Ιατρό Εργασίας), είτε ιδιώτη , είτε του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών , μετά τις προβλεπόμενες εξετάσεις .

Αυτό σημαίνει ότι κάθε πολίτης που επιθυμεί να εκδώσει τέτοιο πιστοποιητικό υγείας, μεταβαίνει είτε σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας , είτε σε Περιφερειακό Ιατρείο , είτε σε ιδιώτη ιατρό της επιλογής του, και ο ίδιος ο ιατρός μπορεί να του το χορηγήσει.

Δεν είναι απαραίτητο να μεταβεί στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (Υγειονομικό) για τον λόγο αυτό.

Το Πιστοποιητικό Υγείας είναι αναρτημένο στο διαδίκτυο με ΑΔΑ: Β4Λ0Θ-05Υ από όπου μπορείτε να το κατεβάσετε.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



Ο Προϊστάμενος της Δ/σης

Εσωτ. διανομή

Φ.737/11-13

Λάμπρος Τσούργιαννης

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

(εργαζομένων σε καταστήματα, εργαστήρια ή επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος)

Ο/Η Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Α.Δ.Τ
ή Α.Μ.Κ.Α.....

ή Αριθμός Διαβατηρίου.....

Δ/νση.Κατοικίας

Υποβλήθηκε σε Ιατρική κλινική εξέταση και στις παρακλινικές εξετάσεις

Ακτινογραφία Θώρακος: Ναι

Καλλιέργεια *, Παρασιτολογική κοπράνων (για χειριστές τροφίμων * *) Ναι Όχι

Βρέθηκε να μην πάσχει από κάποιο λοιμώδες ή μεταδοτικό νόσημα για τη Δημόσια Υγεία και μπορεί να εργαστεί σε κατάστημα, εργαστήριο ή επιχείρηση υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Το παρόν ισχύει για πέντε (5) χρόνια, πλην των εργαζομένων σε παιδικούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς κ.λπ. που ισχύει για 2 χρόνια ***

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../20.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ
(υπογραφή, σφραγίδα)

*Για salmonella .

** (Χειριστής τροφίμων είναι το άτομο που απευθείας χειρίζεται συσκευασμένα ή μη συσκευασμένα τρόφιμα, εξοπλισμό και εργαλεία για τρόφιμα ή επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα).

*** Τα Πιστοποιητικά υγείας του προσωπικού θα φυλάσσονται στις Επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος και θα επιδεικνύονται όταν ζητούνται, στα αρμόδια όργανα υγειονομικού ελέγχου. Θα ανανεώνονται μετά τη λήξη τους επαναλαμβάνοντας όλες τις εξετάσεις (Ιατρική κλινική εξέταση