**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ**

Ο/Η εργαζόμενος/η **ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ**
του **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**

της εταιρείας/φορέα **ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
 ή
 (ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΤ΄ΟΙΚΟΝ)**

με αριθμό ταυτότητα **ΧΧΧ1111111**

είναι απαραίτητο να μετακινείται εντός των ορίων
της περιφέρειας **Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΟΥ (π.χ. ΑΤΤΙΚΗΣ)**

για λόγους εργασίας που αφορούν στην:

[**Χ**] ίδια εταιρεία / φορέα [ ] άλλη εταιρεία / φορέα με:

Επωνυμία: **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ή
 (ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΤ΄ΟΙΚΟΝ)**

Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου: **ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ**

Τηλέφωνο υπεύθυνου: **694ΧΧΧΧΧΧΧ**

Μεταξύ των ωρών:

**ΧΧ:ΧΧ** π.μ. και **YY:YY** μ.μ.

Η ταυτοπροσωπία του ανωτέρου εργαζομένου/ης θα γίνεται με την επίδειξη της ταυτότητάς του/της.

**Υπογραφή**

****