(Έντυπο Π.Α. 9)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
ΔΥΝΑΜΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Οι περί Πολιτικής Άμυνας (Γενικοί) Κανονισμοί του 1997

Διευθυντή

ΠΕΔΠΑ ……..

Αίτηση για εξαίρεση από την υποχρέωση υπηρεσίας στη Δύναμη Πολιτικής Άμυνας για ιατρικούς λόγους σύμφωνα με τον Κανονισμό 11(3)(στ)

I. Εγώ ο/η (Επώνυμο) ..... (Όνομα) .....

Αρ. Μητρώου Π.Α.: ……..... Αρ. Δελτ. Ταυτ.: ……

Διεύθυνση διαμονής:

Οδός:……..…….…… Αρ.:……..……..…

Δήμος/Κοινότητα: ……..… Τ.Κ.: ……

Τηλ. Οικίας:……..…… Εργασίας:……..…….…… Κινητό:……..…..……

E-MAIL: ……..……..……..

Παρακαλώ όπως εξαιρεθώ από την υποχρέωση υπηρεσίας στη Δύναμη Πολιτικής Άμυνας για τους πιο κάτω λόγους:

II. Συγκεκριμένα πάσχω από……..…….

……...……...

…….

III. Για βεβαίωση των πιο πάνω επισυνάπτω τα πιο κάτω πιστοποιητικά/δικαιολογητικά.

α) ……...…….

β) ……...…….

γ) …….

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία και πληροφορίες είναι αληθή και ορθά.

Ημερομηνία ……... ……..……..…….

Υπογραφή

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Η συλλογή προσωπικών στοιχείων από την Πολιτική Άμυνα είναι σύμφωνη με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 και γίνεται στη βάση της περί Πολιτικής Άμυνας Νομοθεσίας του 1996 και των σχετικών Κανονισμών 1997-2012 (Κανονισμός 13(4)). Τα στοιχεία, τα οποία συλλέγονται, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της υπηρεσίας στην Πολιτική Άμυνα.

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

IV. Διαβιβάστηκε στις …….. στον Πρώτο Ιατρικό Λειτουργό του Μακάρειου Νοσοκομείου …….…… ως Πρόεδρο της Επαρχιακής Επιτροπής Εξετάσεως Σωματικής Ικανότητας.

…..…….….

Διευθυντής

ΑΠΟΦΑΣΗ

V. Η Επαρχιακή Επιτροπή Εξετάσεως Σωματικής Ικανότητας αποφάσισε στις …… την εξαίρεση/μη εξαίρεση (διαγράφεται ανάλογα) του/της ……. Αρ. Μητρ. Π.Α. …….. από την υποχρέωση υπηρεσίας στη Δύναμη Πολιτικής Άμυνας.

Ημερομηνία ……

…….

Πρόεδρος Επαρχιακής Επιτροπής
Εξετάσεως Σωματικής Ικανότητας