**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**
**ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ για ΠΑΡΟΧΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η Υγειονομική Επιτροπή …………………………………………………………………………………………,
αποτελούμενη από τους …………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………….....................
………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
……………………………………………. …………………………………………………………………… λαμβάνοντας υπόψη:
α) την από ………………………….. αίτηση του/της εργαζόμενου/νης …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………,
με την οποία αιτείται εργασία με το σύστημα της τηλεργασίας,
β) γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού ή εν ισχύ Πιστοποιητικό ΚΕΠΑ,
γ) τον απαιτούμενο διαγνωστικό του/της έλεγχο (απεικονιστικό/ εργαστηριακό), ή/και τον ατομικό φάκελο του ασθενή,
δ) την εξέταση του / της εργαζόμενου/ης που πραγματοποιήθηκε στις ……………………………………………………….. ,
ε) το άρθρο 2 της παρούσας Απόφασης,:

 **γνωματεύει ότι**

Ο/Η εργαζόμενος/η ……………………………….………………………………………………………………………………………………….. πάσχει από τη νόσο/πάθηση/αναπηρία/πρόβλημα υγείας που περιλαμβάνεται στην περίπτωση με αριθμό …………….του άρθρου 2 της παρούσας απόφασης και συνιστάται γι’ αυτόν/την η παροχή τηλεργασίας, διότι …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

Η χρονική διάρκεια που συστήνεται ο/η εργαζόμενος/η να παρέχει τηλεργασία, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος για την υγεία του/της είναι …………….….………………………………………. ημέρες/μήνες (συμπληρώνεται αναλόγως) .

Ο χρόνος επανεξέτασης – επανεκτίμησής του/της ορίζεται σε ……….…………….. ημέρες/μήνες.

(Τόπος – Ημερομηνία) ………………………, ………..………………..

Υπογραφή και Σφραγίδα Προέδρου και Μελών της Υγειονομικής Επιτροπής

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------