

**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός .....  
βεβαιώνω ότι εξέτασα τον/την .....  
και βρήκα ότι αυτός/η δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας, ούτε  
συμπτώματα άνοιας και ότι μπορεί να συμβιώσει με άλλα άτομα σε κοινόβιο χώρο  
αυτοεξυπηρετούμενος.

..... Ημερ/νία .../.../20.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ

**ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός .....  
βεβαιώνω ότι εξέτασα τον/την .....  
και ότι αυτός/η δεν πάσχει από μεταδοτικό δερματολογικό νόσημα.

..... Ημερ/νία .../.../20.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ