

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Ο/Η εργαζόμενος/η _____
του _____
της εταιρείας/φορέα _____
με αριθμό ταυτότητας _____

είναι απαραίτητο να μετακινείται εντός των ορίων
της περιφέρειας _____

για λόγους εργασίας που αφορούν στην:

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

Επωνυμία: _____
Όνοματεπώνυμο υπεύθυνου: _____
Τηλέφωνο υπεύθυνου: _____

Μεταξύ των ωρών:

_____ π.μ. και _____ π.μ.
_____ μ.μ. και _____ μ.μ.

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

Υπογραφή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υφυπουργείο Πολιτικής Προστασίας
και Διαχείρισης Κρίσεων



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ