

.....  
Nombre y Apellido del Doctor, Centro Medico/Hospital

.....(Dirección)

.....(Ciudad)

Teléfono:..... Fax:.....

### CERTIFICADO MEDICO PARA VISA

El Doctor en medicina que firma abajo: .....

Certifica que hoy examinó			
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Número de pasaporte		Nacionalidad	
Dirección			

y basado en el examen y resultados del laboratorio, y ha constatado, que el interesado/a, en base a las disposiciones del Artículo 6, párrafo 3 y del Artículo 8, párrafo 2, punto b de la Ley 3386/2005 <sup>1</sup> sobre “la entrada, residencia e integración social de nacionales de terceros países en el territorio griego”, esta libre de una de las siguientes enfermedades, como mencionado en el Consejo Directivo 64/221/EEC del 25 de febrero 1964 <sup>2</sup> sobre la coordinación de medidas especiales que conciernen el movimiento y la residencia de extranjeros que son justificados por motivos de política pública, en base a seguridad pública o salud pública”.

**A. Enfermedades que podrían poner en peligro la salud pública:**

1. Enfermedades sujetas a cuarentena listadas en la Regulación de Salud Internacional n° 2 de la Organización Mundial de la Salud del 25 de Mayo 1951,
2. Tuberculosis del sistema respiratorio en estado activo o con tendencia a desarrollarse,
3. Sífilis,
4. Otras enfermedades infecciosas o enfermedades parasitarias contagiosas si son objeto de disposiciones para la protección de nacionales del país huésped.

**B. Enfermedades y discapacidades que puedan amenazar la salud pública o la seguridad pública:**

1. Drogadicción,
2. Perturbación mental profunda, manifestación de condiciones de perturbación sicótico con agitación, delirio, alucinaciones o confusión.

Fecha de expedición	
Firma del doctor y sello	

<sup>1</sup> Government Gazette GG A 212/23.08.2005, p.3329

<sup>2</sup> Oficial Journal 056, 056, 04/04/1964 p. 0850-0857