



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ
Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΠΟΛΗ:

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ -Τ.Κ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ σταθ./κιν.

Mail:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜ.ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:

ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΘΕΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ: Αίτηση αρχικής επιλογής ως
καταρτιζόμενου

ΑΙΤΗΣΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ: Σ.Α.Ε.Κ ΠΟΛΥΔ/ΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Παρακαλώ για την επιλογή μου ως
καταρτιζόμενος/η στην ειδικότητα
«**ΒΟΗΘΟΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**».

Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλλει αίτηση
επιλογής σε άλλη Σ.Α.Ε.Κ. ή έχω
υποβάλλει αίτηση επιλογής και στις
Σ.Α.Ε.Κ.

1. 1^η προτίμηση Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔ/ΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Δηλώνω πως γνωρίζω ότι κάθε
καταρτιζόμενος μπορεί να
παρακολουθεί σε μία μόνο Σ.Α.Ε.Κ. &
μία μόνο ειδικότητα καθ' όλη τη
διάρκεια της κατάρτισης του
συμπεριλαμβανομένης και της
πρακτικής άσκησης ή μαθητείας, οι
καταρτιζόμενοι δε δύναται να
εγγραφούν και να φοιτούν παράλληλα
σε άλλες δομές δευτ/θμιας ή
μεταδευτ/θμιας εκπαίδευσης &
κατάρτισης (Ν.4763/20 ΚΕΦ.Ε αρθ.25
παρ.3)

Έχω λάβει γνώση του κανονισμού σπουδών Κ.Υ.Α υπ'
αριθμ. Γ6α/Γ.Π.7037/ΦΕΚ 4445/Τ.Β/22-8-22 & λοιπών
υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα αποδέχομαι.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....

Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που
προβλέπονται στο ΚΕΦ. Β αρθ.6 παρ.6 της Γ6α/Γ.Π/7037
Απόφασης Υπουργών Παιδείας Θρησκευμάτων & Υγείας
Κανονισμός Λειτουργίας Σ.Α.Ε.Κ. αρμοδιότητας Υπ. Υγείας &
Σ.Α.Ε.Κ. ΕΚΑΒ ΦΕΚ 4445/Τ.Β/22-8-22.

Θα πραγματοποιηθεί αντιπαραβολή των προσωπικών σας
στοιχείων με το ΗΔΙΚΑ προκειμένου να γίνει η εγγραφή. Τα
έγγραφά σας διατηρούνται στο αρχείο δια παντός.