



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

ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
(όπως αναγράφονται στη ταυτότητα)

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – Τ.Κ.

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΑΘΕΡΟ – ΚΙΝΗΤΟ:

MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:

ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ:

ΔΗΜΟΣ Η' ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

(ανανέωσης εγγραφής)
ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο
Εξάμηνο.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: «ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ»

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
δύνανται να εγγραφούν και να φοιτούν
παράλληλα σε άλλες δομές δευτ/θμιας ή
μεταδευτ/θμιας εκπαίδευσης & κατάρτισης.
(Ν. 4763/20 ΚΕΦ. Ε αρθρ. 25 παρ. 3)

Έχω λάβει γνώση του Κανονισμού
Λειτουργίας: ΚΥΑ υπ' αριθμ.
Γ6α/Γ.Π.7037/ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22 & των
υποχρεώσεών μου & δηλώνω ότι τα
αποδέχομαι.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....