



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.:
~~ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ~~ 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:

Οριστικοποίηση της εγγραφής μου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:

.....

ΑΙΤΗΣΗ –ΔΗΛΩΣΗ ΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

**ΠΡΟΣ ΤΗ : Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στην

ειδικότητα:

«ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Δηλώνω πως γνωρίζω ότι: Κάθε ότι κάθε καταρτιζόμενος μπορεί να παρακολουθεί σε μία μόνο Σ.Α.Ε.Κ & μία μόνο ειδικότητα καθ' όλη τη διάρκεια της κατάρτισής 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' αριθ.Γ6α/Γ.Π.7037/ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22, & λοιπών υποχρεώσεων & δηλώνω ότι τα αποδέχομαι

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....

Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στο ΚΕΦ. Β, αρ.6 παρ.6 της Γ6α/ΓΠ.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 έγγραφα σας διατηρούνται στο αρχείο διαπαντός.

ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ:

(Υπογραφή)