



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ΗΣ</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ**

**Σ.Α.Ε.Κ. ΤΟΥ Ψ.Ν.Α**

**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.:

ΗΜΕΡΟΜ:

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

**(ανανέωσης εγγραφής)**

**ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ Ψ.Ν.Α**

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

**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 δύναται 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./ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22 & των  
υποχρεώσεών μου & δηλώνω ότι τα  
αποδέχομαι.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....**

