



Ημερομηνία :.....

Αρ. Πρωτ.: .....

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
Σ.Α.Ε.Κ ΤΟΥ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

**Α Ι Τ Η Σ Η**  
**ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/Η ΤΗΣ Σ.Α.Ε.Κ

Ψ.Ν.Α: ΔΑΦΝΙ

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: "ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ"**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

Α. Μ. ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ:.....

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....ΤΚ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

Αιτούμε την απαλλαγή μου από τη πρακτική

άσκηση, διότι έχω συμπληρώσει 120 ημερομίσθια

ή ημέρες ασφάλισης στην ειδικότητα.

Επισυνάπτω:

1. Βεβαίωση ενσήμων – προϋπηρεσίας ΕΦΚΑ

2.Βεβαίωση εργοδότη

3.Υπέυθυνη δήλωση του αρ.8 του Ν.1599/1986-

Α'75.

Ο/ Η ΑΙΤ.....

