



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ΗΣ} Υ.ΠΕ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Σ.Α.Ε.Κ. Ψ.Ν.Α

ΑΡ.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 Ψ.Ν.Α

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.Ψ.Ν.Α

ΔΑΦΝΙ

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 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.Βαρθ.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.