



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
Σ.Α.Ε.Κ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΤΗΛ: 2132054177/176

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ.....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ  
ΕΠΑΝΑΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

ΠΡΟΣ ΤΗ : **Σ.Α.Ε.Κ Ψ.Ν.Α.**

**ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

(Όπως αναγράφονται στην ταυτότητα)

ΑΜΚΑ .....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

ΠΟΛΗ .....

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-ΤΚ.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....

E-mail: .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΔΗΜΟΣ ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ .....

.....

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ.....

ΑΡΙΘ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ.....

**ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**

Εγγραφή στο..... εξάμηνο.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ**

...../...../20 .....

**ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ**

(Όνομ/μο).....

**Ενταύθα**

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο εξάμηνο  
της ειδικότητας «ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ» Για την επαναπαρακολούθηση :

.....

Δηλώνω πως γνωρίζω 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 (Ν4763/20 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**, και λοιπών υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα αποδέχομαι.

**Η/Ο Αιτ.....και Δηλ.....**

(Υπογραφή) .....