



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.Π.Ε. ΠΕΙΡΑΙΩΣ &
ΑΙΓΑΙΟΥ Σ.Α.Ε.Κ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΗΛ: 2132054177

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).....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ
ΕΠΑΝΑΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

ΠΡΟΣ ΤΗ : Σ.Α.Ε.Κ Ψ.Ν.Α.

Ενταύθα

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο εξάμηνο
της ειδικότητας «ΒΟΗΘΟΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ» 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)