



**ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ
ΜΑΘΗΣΗΣ & ΝΕΟΛΑΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ
Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: «ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

**ΑΙΤΗΣΗ
ΟΡΙΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
(ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟΥ
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΙΚΟΥ**

**ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ενταύθα

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στην
ειδικότητα που έχω επιλεγεί
**«ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ»**

Γνωρίζω ότι δεν επιτρέπεται η εγγραφή
μου ταυτόχρονα σε σχολή, τμήμα ή
εισαγωγική κατεύθυνση Α.Ε.Ι και σε Σχολή
Ανώτερης Επαγγελματικής Κατάρτισης
(Σ.Α.Ε.Κ.) (Ν.4777/2021)

Έχω λάβει γνώση του κανονισμού
σπουδών: Κ.Υ.Α. υπ'
αριθ.Γ6α/Γ.Π.7037/ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22
& λοιπών υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα
αποδέχομαι.

Η/Ο Αιτ.....και Δηλ.....

Υπογραφή.....

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

.....
.....
.....

ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ).....

**ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (όπως
αναγράφονται στη ταυτότητα)**

ΑΜΚΑ:.....
ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....
ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ:.....
ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-Τ.Κ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
E-MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:.....
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:.....
ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ
ΕΓΓΡΑΦΗΣ:.....
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:.....
ΑΡ.ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ:.....

ΘΕΜΑ: «ΟΡΙΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ»

Ημερομηνία υποβολής

