



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ Π.ε.Δ.Υ.Ψ.Υ
Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
(όπως αναγράφονται στη ταυτότητα)

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – Τ.Κ.

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΑΘΕΡΟ – ΚΙΝΗΤΟ:

MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:

ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ:

ΔΗΜΟΣ Η΄ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

(ανανέωσης εγγραφής)

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

Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο
Εξάμηνο.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: «ΒΟΗΘΟΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»

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 ΚΕΦ. Ε αρθρ. 25 παρ. 3)

Έχω λάβει γνώση του Κανονισμού Λειτουργίας: ΚΥΑ υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.7037/ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22 & των υποχρεώσεών μου & δηλώνω ότι τα αποδέχομαι.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....