



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ  
Σ.Α.Ε.Κ. ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ  
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

## ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΑΝΑΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

### 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).....

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

### 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) .....