



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

(Ονομ/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 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 αρθ.25,παρ.3).

Έχω λάβει γνώση του κανονισμού σπουδών **Κ.Υ.Α. υπ' αριθ.Γ6Α/Γ.Π./ΦΕΚ 4445/Τ.Β./22-8-22**, και λοιπών υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα αποδέχομαι.

Η/Ο Αιτ.....και Δηλ.....

(Υπογραφή)