



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ΗΣ</sup> Υ.ΠΕ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
Σ.Α.Ε.Κ του Ψ.Ν.Α**

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

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΑΜΚΑ :

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

ΠΟΛΗ :

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – Τ.Κ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ Σταθ:

Κινητό :

MAIL:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:**

ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜ.ΕΚΔΟΣΗΣ :

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:

ΑΡ.ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ:

ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΘΕΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:

Οριστικοποίηση της εγγραφής μου

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:**

**ΑΡΙΘ.ΠΡΩΤ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

**ΑΙΤΗΣΗ –ΔΗΛΩΣΗ  
ΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ  
ΠΡΟΣ ΤΗ Σ.Α.Ε.Κ. Ψ.Ν.Α**

**Παρακαλώ για την εγγραφή μου στην  
ειδικότητα:**

**ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ**

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  
(Ν.4763/20 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, & λοιπών υποχρεώσεων & δηλώνω ότι  
τα αποδέχομαι**

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ & ΔΗΛ.....**

**Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά που  
προβλέπονται στο αρ.6 παρ.6 της Γ6α/ΓΠ.7037  
Απόφασης Υπουργών Παιδείας Θρησκευμάτων &  
Υγείας, Κανονισμός Λειτουργίας Σ.Α.Ε.Κ  
αρμοδιότητας Υπ. Υγείας & ΕΚΑΒ ΦΕΚ 4445  
Τ.Β/22-8-22.**

**ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ:**