



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
- Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής
& Προαγωγής Υγείας
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: 17 χλμ. Λ. Μαραθώνος
Τ.Κ. 153 51 Παλλήνη
Πληροφορίες: κ. Παπάζογλου Ε.
Τηλ: 213 2005249
Fax: 213 2005127

ΠΑΛΛΗΝΗ: 14-01-2020

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: οικ. 587

ΠΡΟΣ:
ΛΥΚΕΙΟ ΘΡΑΚΟΜΑΚΕΔΟΝΩΝ

ΚΟΙΝ:
1. Γρ. Αντιπεριφερειάρχη Π. Ε.
Ανατολικής Αττικής
2. Δ/νση Δευτεροβάθμιας
Εκπαίδευσης Ανατολικής Αττικής
Ηρώων Πολυτεχνείου 9-11, Γέρακας

ΘΕΜΑ : «Πρόγραμμα Προαγωγής Υγείας με θέμα: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Προστατεύστε την υγεία σας – Πάρτε τη ζωή στα χέρια σας»
ΣΧΕΤ. : Η υπ' αρ. Πρωτ. Φ2.1/ΠΜ/178309/Δ7 έγκριση του Υπουργείου Έρευνας, Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Σας γνωρίζουμε ότι, κλιμάκιο της υπηρεσίας μας θα επισκεφθεί το Λύκειο Θρακομακεδόνων, προκειμένου να διεξάγουν το πρόγραμμα αγωγής υγείας με θέμα: «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Προστατεύστε την υγεία σας – Πάρτε τη ζωή στα χέρια σας», τις παρακάτω ημερομηνίες:

- Παρασκευή 24/01/2020
- Τρίτη 28/01/2020
- Δευτέρα 03/02/2020
- Παρασκευή 07/02/2020
- Παρασκευή 14/02/2020

Σας διαβιβάζουμε την έγκριση του προγράμματος, σύμφωνα με την οποία, η συμμετοχή των μαθητών προϋποθέτει την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων/κηδεμόνων αυτών. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ
ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΕΤΡΑΚΗΣ

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Για παρακολούθηση προγράμματος προαγωγής υγείας με θέμα: «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Προστατεύστε την υγεία σας – Πάρτε τη ζωή στα χέρια σας».

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η.....
γονέας/κηδεμόνας,του/της μαθητή/τριας.....
δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Συγκατατίθεμαι

Δε συγκατατίθεμαι

A) να συμμετέχει το παιδί μου στην παρακολούθηση του προγράμματος προαγωγής υγείας που υλοποιείται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Αττικής.

B) να συμπληρώσει ανώνυμο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του προγράμματος.

Υπογραφή γονέα/ κηδεμόνα

Ημερομηνία

.....

...../...../2020