



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
"ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ" Ν.Π.Δ.Δ.
Σ.Α.Ε.Κ. "ΓΕΜΕΛΕΙΟΣ"

ΑΡ. ΠΡΩΤ:.....

ΧΑΪΔΑΡΙ...../...../202

Α Ι Τ Η Σ Η – Δ Η Λ Ω Σ Η
(ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ)

ΑΜΚΑ.....
ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....
Α. Μ.ΚΑΤΑΡΤ.....ΕΞΑΜ.....
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....
.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ.....ΑΡ.....
ΠΕΡΙΟΧΗ.....ΤΚ.....
ΔΗΜΟΣ.....
ΤΗΛ:.....ΚΙΝ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....
ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ.....
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ.....
ΔΗΜΟΤΗΣ.....
ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ.....
ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΧΑΪΔΑΡΙ/...../ 20.....

Προς τη
Σ.Α.Ε.Κ - Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ"

Παρακαλώ για την εγγραφή μου
στο.....Εξάμηνο κατάρτισης της ειδικότητας:

.....
Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1 Δεν έχω εγγραφεί σε άλλη Σ.Α.Ε.Κ

2. Έχω λάβει γνώση του κανονισμού λειτουργίας των Δ.Ι.Ε.Κ αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 4445/ Β' /22 - 08-2022) και λοιπών υποχρεώσεων μου τα οποία και αποδέχομαι.

Γνωρίζω ότι

Κάθε καταρτιζόμενος μπορεί να παρακολουθεί σε ένα μόνο ΙΕΚ & μία μόνο ειδικότητα καθ' όλη τη διάρκεια της κατάρτισής του συμπεριλαμβανομένης και της πρακτικής άσκησης ή μαθητείας.

Οι καταρτιζόμενοι δε δύναται εγγραφούν και να φοιτούν παράλληλα σε άλλες δομές δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης & κατάρτισης (Ν4763/20 αρθ.25,παρ.3).

Ο/Η ΑΙΤ..... και ΔΗΛ.....

.....
Υπογραφή Καταρτιζόμενου/ης

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ

.....
Υπογραφή εκπαιδευτικού