**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ε.Συ.Ψ.Υ.)**

**ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΑΡ. 13 Ν. 5129/2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΠΡΟΣ:**  **Τη Διοίκηση της 1ης ΥΠΕ Αττικής**  **Email:** [**epistimonikoekloges@1dype.gov.gr**](mailto:epistimonikoekloges@1dype.gov.gr)  **Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για το Επιστημονικό Συμβούλιο Ψυχικής Υγείας 1ης ΥΠΕ Αττικής (Ε.Συ.Ψ.Υ.), με έδρα την 1η ΥΠΕ Αττικής, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.**  **Τόπος / Ημερομηνία**  **…………………., ……./04/2025**  **Ο Αιτών / Η Αιτούσα** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |
| **ΚΛΑΔΟΣ/ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** |
| **ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |
| **EMAIL ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |
| **ΕΚΛΟΓΙΚΟ ΣΩΜΑ (βλ. Πρόσκληση Υποβολής Υποψηφιοτήτων):**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 1 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 2 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 3 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 4 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 5 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 6 □**  **ΠΙΝΑΚΑΣ 7\* □**  ***\*για την υποψηφιότητα ΠΕ/ΤΕ Νοσηλευτικής ή ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, απαιτείται βαθμός, τουλάχιστον Γ’.***  ***(Παρακαλούμε συμπληρώστε √ στο Εκλογικό Σώμα που ανήκετε)*** |