**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****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)*** |