

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ ΓΙΑ ΣΧΟΛΗ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑ:ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../.....

ΣΚΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΙΚΑΝΟΣ/Η ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΩΣ
ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ

Βεβαιώνεται ότι ο/η ενδιαφερόμενος εξετάστηκε από τους παρακάτω ιατρούς και προκύπτει ότι είναι ψυχικά υγιής, δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός από ιατρικής άποψης **ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΨΗΣ** να λάβει εκπαίδευση ως Ναυαγοσώστης/στρια.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Το παρόν Πιστοποιητικό Υγείας ισχύει για ένα (01) έτος.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΔ.31 / ΦΕΚ 61Α / άρθρο 4 / παραγραφο.2 / 04.04.2018
ΕΝΤΥΠΟ THALASSA Lifeguard Academy | www.efr.gr | +30 22210 76200

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ
ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΛΙΜΕΝΑΡΧΕΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ: ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../.....

ΣΚΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΙΚΑΝΟΣ/Η ΝΑ ΕΡΓΑΣΘΕΙ ΩΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ

Βεβαιώνεται ότι ο/η ενδιαφερόμενος εξετάστηκε από τους παρακάτω ιατρούς και προκύπτει ότι είναι ψυχικά υγιής, δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός από ιατρικής άποψης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΨΗΣ να ασκήσει το επάγγελμα του Ναυαγοσώστη.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ – ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /	ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Το παρόν Πιστοποιητικό Υγείας ισχύει για ένα (01) έτος.