

**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 να λάβει εκπαίδευση ως Ναυαγοςώστης/στρια.

<b>ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ</b>	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ -ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα)  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ –ΣΦΡΑΓΙΔΑ
<b>ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ</b>	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ -ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα)  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ –ΣΦΡΑΓΙΔΑ
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ</b>	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ -ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα)  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ –ΣΦΡΑΓΙΔΑ
<b>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ</b>	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ -ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα)  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....	ΥΠΟΓΡΑΦΗ –ΣΦΡΑΓΙΔΑ