

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ

ΟΝΟΜΑ: _____ ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____ ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ____/____/____

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

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

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