

## 1. Δικαιολογητικά Εγγραφής

- 1.1. 4 (τέσσερις) έγχρωμες φωτογραφίες.
- 1.2. Φωτοαντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή άλλου ταυτοποιητικού εγγράφου.
- 1.3. Πιστοποιητικά Υγείας ή Βεβαιώσεις Ιατρών ειδικότητας Καρδιολόγου, Παθολόγου ή Ιατρού γενικής ιατρικής ή ιατρικής εργασίας, Δερματολόγου και Ψυχιάτρου, ιδιωτών ή από δημόσια νοσοκομεία.

## 2. Διευκρινίσεις για τα Πιστοποιητικά Υγείας/ Βεβαιώσεις

- 1.4. Τα Πιστοποιητικά Υγείας πρέπει να είναι **πρόσφατα, εντός τελευταίου μήνα**, από την ημερομηνία εγγραφής προκειμένου να είναι έγκυρα.
- 1.5. Τα Πιστοποιητικά Υγείας μπορούν να υποβληθούν **είτε όλα μαζί** (ένα κοινό Πιστοποιητικό που υπογράφουν όλοι οι Ιατροί), **είτε μεμονωμένα** (κάθε Ιατρός υπογράφει σε ξεχωριστό Πιστοποιητικό).
- 1.6. Στα Πιστοποιητικά/ Βεβαιώσεις **πρέπει να αναγράφεται ευκρινώς το εξής λεκτικό:** *“Ο/η ενδιαφερόμενος/ η εξεταζόμενος/ η δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από ιατρικής άποψης να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.”*.
- 1.7. Σε περίπτωση που δεν έχετε δικό σας Ιατρό **η ΠΑ.ΣΧ.ΝΑ. έχει Δίκτυο Συνεργαζόμενων Ιατρών με ειδικές τιμές για τα μέλη της.** Επικοινωνήστε για περισσότερες λεπτομέρειες.
- 1.8. Τα Πιστοποιητικά Υγείας/ Βεβαιώσεις μπορούν να χορηγηθούν είτε από Δημόσιο Νοσοκομείο είτε από ιδιώτη Ιατρό. Αν είναι από δημόσιο Νοσοκομείο υποβάλλονται στην ΠΑ.ΣΧ.ΝΑ. μόνον απλά αντίγραφα, ενώ αν είναι από ιδιώτες Ιατρούς υποβάλλονται ΜΟΝΟ τα πρωτότυπα.
- 1.9. Σημαντική σημείωση: Στα πιστοποιητικά που χορηγούνται από Δημόσιο Νοσοκομείο οι φόρμες θα πρέπει να έχουν πάνω και την στρογγυλή σφραγίδα της Ελληνικής Δημοκρατίας για να πιστοποιούν την αυθεντικότητα του εγγράφου. Αν επιλέξετε το Πιστοποιητικό που περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς σε μία σελίδα, πρέπει ο κάθε γιατρός ξεχωριστά να σφραγίσει και με τη στρογγυλή σφραγίδα.

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ή ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ/ ΡΙΑΣ**

Ο/ η υπογεγραμμένος/ η Ιατρός: \_\_\_\_\_,

αφού εξέτασα τον/ ην: \_\_\_\_\_,

διαπίστωσα πως δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από Ιατρικής απόψεως να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.

**Ο/ η Ιατρός**

[Ονοματεπώνυμο/ Υπογραφή/ Σφραγίδα]

Ημερ/νία: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ/ ΡΙΑΣ**

Ο/ η υπογεγραμμένος/ η Ιατρός: \_\_\_\_\_,

αφού εξέτασα τον/ ην: \_\_\_\_\_,

διαπίστωσα πως δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από Ιατρικής απόψεως να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.

**Ο/ η Ιατρός**

[Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή/ Σφραγίδα]

Ημερ/νία: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ/ ΡΙΑΣ**

Ο/ η υπογεγραμμένος/ η Ιατρός: \_\_\_\_\_,

αφού εξέτασα τον/ ην: \_\_\_\_\_,

διαπίστωσα πως δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από Ιατρικής απόψεως να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.

**Ο/ η Ιατρός**

[Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή/ Σφραγίδα]

Ημερ/νία: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ/ ΡΙΑΣ**

Ο/ η υπογεγραμμένος/ η Ιατρός: \_\_\_\_\_,

αφού εξέτασα τον/ ην: \_\_\_\_\_,

διαπίστωσα πως δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από Ιατρικής απόψεως να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.

**Ο/ η Ιατρός**

[Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή/ Σφραγίδα]

Ημερ/νία: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ**

**Στοιχεία εξεταζόμενου/ ης υποψηφίου /ς Ναυαγοσώστη/ ριας:**

Όνομα: \_\_\_\_\_

Επώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα Πατρός: \_\_\_\_\_

**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ:** \_\_\_\_\_

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

**ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ή ΙΑΤΡΟΣ**

**ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ή**

**ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** \_\_\_\_\_

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

**ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ:** \_\_\_\_\_

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

**ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ:** \_\_\_\_\_

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

Ο/ η ανωτέρω είναι ψυχικά υγιής, δεν πάσχει απο μεταδοτική ασθένεια και είναι ικανός/ ή από Ιατρικής απόψεως να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/ ριας αλλά και να ασκήσει το επάγγελμα του/ ης Ναυαγοσώστη/ ριας.