

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ**

ΟΝΟΜΑ: .....

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... / ..... / .....

**ΣΚΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

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 ασκήσει το επάγγελμα του Ναυαγοσώστη/τρια

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

Πιστοποιητικό βάση του ΠΔ.71/2020, άρθρο 4, παρ. 3

SEASAFE ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ

Κουγκίου 10, Ιωάννινα

seasafe.ioa@gmail.com

Τηλ: 6939294606 / 2651033403