

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ 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 από ιατρικής άποψης να ασκήσει το επάγγελμα του Ναυαγοσώστη.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ- ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....	
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ- ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....	
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ- ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	ΥΓΙΗΣ: ΝΑΙ- ΟΧΙ (κυκλώστε ανάλογα) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....	

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