



ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ

2017.9

Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας-Υγείας Παιδείας και Εθελοντισμού
Τμήμα Εφαρμογής Προγραμμάτων Κοινωνικής Προστασίας
Πληρ.: Γραφείο Υποδοχής
Τηλ.: 2109970055, 053
Ιστοσελίδα: www.ilioupoli.gr/psychology

Αίτηση για Ψυχολογικές Υπηρεσίες

Εμπίπτει στα κριτήρια υποδοχής
Έχει παιδί σε σχολείο του Δήμου _____

α/α:

Ημ/νία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΑΜΚΑ: _____ Ηλικία: _____ Φύλο: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

E-MAIL: _____

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμος , Σ. Συμβίωσης , Διαζύγιο , Άγαμος , Χηρεία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΘΕΣΗΣ

Ψυχολόγος: Μ. Πιλάτη Μ. Ρήγος Υπογραφή: _____

Ημερομηνία παραλαβής: _____

Άλλος ψυχολόγος, επώνυμο:

Άλλος ψυχολόγος, επώνυμο:

Σ , Ε , Μ
Υπογραφή

Σ , Ε , Μ
Υπογραφή

Ημερομηνία παραλαβής: _____

Ημερομηνία παραλαβής: _____

ΣΠΟΥΔΕΣ

ΥΕ , ΔΕ , ΔΕ/ΜΑΘ. (ΟΑΕΔ, Τεχνικό), ΜΕΤΑ-ΔΕ (ΙΕΚ, Ελ. Σπουδών), ΤΕΙ , ΑΕΙ , ΜΕΤ./ΔΙΔ.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Πλήρη , Μερική , Άνεργος , Συνταξιούχος

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ

Επαναλαμβανόμενος λήπτης Εσωτερική παραπομπή Ιστοσελίδα Γνωστός
ΚΨΥ Βύρωνα/Κ. ΚΨΥ Παγκρατίου Αιγινήτειο Μον. Οικ. Θεραπείας (Παγκράτι)
Επαγγ. Ψ υγείας Ιατρός Εκπαιδευτικός Άλλο: _____

ΓΙΑ ΑΙΤΗΣΗ ΕΦΗΒΟΥ ΜΟΝΟ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΑ ΓΟΝΕΑ-ΚΗΔΕΜΟΝΑ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ & ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΤΕΡΟΥ ΓΟΝΕΑ (αν διάσταση ή διαζύγιο):

ΣΧΟΛΕΙΟ: _____ ΤΑΞΗ: _____

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΟΝΕΑ – ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο/Η είμαι γονέας-κηδεμόνας του/της
..... και δηλώνω πως συμφωνώ με
τη συμμετοχή του/της σε συνεδρίες με ψυχολόγο που δρα στο πλαίσιο του Δήμου Ηλιούπολης.

Ο/Η Δηλ.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΕΝΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΟΧΙ

Συγγένεια _____ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ: _____

Συγγένεια _____ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ: _____

Γονείς, παιδιά,
σύζυγοι, πεθερικά
& αδέρφια

Δέχομαι ο Δήμος Ηλιούπολης να αποθηκεύσει και να χρησιμοποιήσει στα πληροφοριακά του συστήματα τα στοιχεία της παρούσας δισέλιδης αίτησης για στατιστικούς και υπηρεσιακούς λόγους.

Ο αιτών / Η αιτούσα ή έχων τη νομική ευθύνη,
