

**ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ**

2018.08

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

Αίτηση για Ψυχολογικές Υπηρεσίες

Μόνο για χρήση από το «Ψυχολόγοι στα Σχολεία»:

Αναφορικά με παιδί που φοιτά στο _____

α/α ψυχ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ (Αν αιτήσετε για έφηβο/η σημειώστε τα στοιχεία του/της)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΑΜΚΑ: _____ Ηλικία: _____ Φύλο: Θ Α _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: _____ E-MAIL: _____

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

ΣΠΟΥΔΕΣ

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

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Πλήρη , Μερική , Άνεργος , Συνταξιούχος

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ

“Έχω λάβει ξανά την υπηρεσία” Κοινωνικό Λειτουργό Διαδίκτυο Γνωστό

ΚΨΥ Βύρωνα/Κ. ΚΨΥ Παγκρατίου Αιγινήτειο Μονάδα Οικογ. Θεραπείας

Ιδιώτη Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας Ιατρό Εκπαιδευτικό Άλλο: _____

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΕΝΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

Στενός συγγενής μου (παιδί, γονιός, σύζυγος, πεθερικά, αδέρφια) έχει λάβει ψυχολογική υπηρεσία στο Δήμο Ηλιούπολης κατά τα τελευταία πέντε χρόνια: Όχι Δε γνωρίζω

Ναι _____ (αναγράψτε το ονοματεπώνυμο του/της)

Ο αιτών / Η αιτούσα

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

Αν πρόκειται για έφηβο συμπληρώστε και όπισθεν →

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ Ο ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΦΗΒΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ: _____

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

ΣΧΟΛΕΙΟ: _____ ΤΑΞΗ: _____

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΕΦΗΒΟΥ

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 Δηλών / Η δηλούσα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΘΕΣΗΣ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Ψυχολόγος: Μ. Πιλάτη Μ. Ρήγος Υπογραφή: _____

Ημερομηνία παραλαβής: _____

Άλλος ψυχολόγος, επώνυμο:

Σ , Ε , Μ

Υπογραφή

Ημερομηνία παραλαβής: _____

Άλλος ψυχολόγος, επώνυμο:

Σ , Ε , Μ

Υπογραφή

Ημερομηνία παραλαβής: _____