**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ**

**ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 2ΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ & ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ : ΜΠΟΥΡΝΙΑ ΜΑΡΘΑ Δ/ΝΤΡΙΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

**Δ/ΝΣΗ : Γ.ΑΡΓΥΡΗ & ΣΜΥΡΝΗΣ 2 , ΛΥΚΟΒΡΥΣΗ 14123**

**ΤΗΛ: 210-2816598, 210-2850632 FAX: 210-2830312**

**EMAIL :** **iknh@otenet.gr**

**ΑΙΤΗΣΗ**

Ημερομηνία …………………….

Κο/κα ( ονοματεπώνυμο γονέα )……………………………………………

Πατρώνυμο παιδιού ……………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας …………………………….

Τόπος κατοικίας……………………………………………………

Ασ. Ταυτότητα……………………………………………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ κινητό /σταθερό ……………………………

Εmail…………………………………………………………………….

ΑΜΚΑ παιδιού……………………………………..

ONOMATEΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ……………………………

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ………………………………………..

Φάκελος παιδιού ( για την υπηρεσία) ……………………………

**Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε ( κυκλώνεται αυτό που επιθυμείτε)**

Α) Ιατρική γνωμάτευση του παιδιού μου (όνομα & πατρώνυμο) …..………………………………………………………….....................για ……………………………………………………. χρήση.

Β) Ανανέωση Θεραπειών μέσω Ασφαλιστικού Φορέα ( είδος θεραπείας ) )…………………………………………………………… **ημερομηνία λήξης** …………………………………...

O AIΤΩΝ