

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
Β΄ ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
20 Ιαν 23

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ» ΣΤΗΝ
ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Στο παρόν παρουσιάζονται υποδείγματα των απαιτούμενων δικαιολογητικών, όπου αυτά δεν είναι τυποποιημένα (όπως π.χ. η Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/85), όπως παρακάτω:

α. Υπόδειγμα «1»: Βεβαίωση Φονευθέντων σε Πολεμικές Επιχειρήσεις ή Θανόντων σε Διατεταγμένη Υπηρεσία, όπως Προσθήκη «1».

β. Υπόδειγμα «2»: Βεβαίωση Ανάπηρου Ειρηνικής Περιόδου ή Πολεμικών Επιχειρήσεων, όπως Προσθήκη «2».

γ. Υπόδειγμα «3»: Δελτίο Υγειονομικής Εξέτασης Υποψηφίου ΑΣΕΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ-ΑΣΣΥ, όπως Προσθήκη «3».

δ. Υπόδειγμα «4»: Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση Υποψηφίου ΑΣΕΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ-ΑΣΣΥ Ακαδημαϊκού Έτους 2023-2024, όπως Προσθήκη «4».

ε. Υπόδειγμα «5»: Δελτίο Ιατρικού Ιστορικού με συνοδευτική Υπεύθυνη Δήλωση Υποψηφίου ΑΣΕΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ-ΑΣΣΥ Ακαδημαϊκού Έτους 2023-2024 για το εν λόγω δελτίο, όπως Προσθήκη «5».

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιναύαρχος Φραγκίσκος Λελούδας ΠΝ
Υπαρχηγός

Αντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
Επιτελής Β2/1

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ

«1» Βεβαίωση Φονευθέντων σε Πολεμικές Επιχειρήσεις ή Θανόντων σε Διατεταγμένη Υπηρεσία

«2» Βεβαίωση Αναπήρου Ειρηνικής Περιόδου ή Πολεμικών Επιχειρήσεων

«3» Δελτίο Υγειονομικής Εξέτασης Υποψηφίου/ας ΑΣΕΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ-ΑΣΣΥ

«4» Αίτηση-Υπεύθυνη Δήλωση Υποψηφίου/ας ΑΣΕΙ (ΣΣΕ-ΣΝΔ-ΣΙ), ΣΣΑΣ, ΣΑΝ και ΑΣΣΥ (ΣΜΥ-ΣΜΥΝ-ΣΜΥΑ) Ακαδημαϊκού Έτους 2023-2024

«5» Δελτίο Ιατρικού Ιστορικού με συνοδευτική Υπεύθυνη Δήλωση Υποψηφίου ΑΣΕΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ-ΑΣΣΥ Ακαδημαϊκού Έτους 2023-2024 για το εν λόγω δελτίο

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
 Β΄ ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
 ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
 ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
 ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
 20 Ιαν 23

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «1» ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ»
ΣΤΗΝ ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

(Υπόδειγμα «1»)
ΒΕΒΑΙΩΣΗ
ΦΟΝΕΥΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ
ή ΘΑΝΟΝΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΤΕΤΑΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο (1) Διευθυντής του 1ου ΕΓ
 (ή Δνσης Στρ. Προσωπικού ή Διοικητικού)

ΒΕΒΑΙΩΩ

ότι ο υποψήφιος για τις Στρατιωτικές Σχολές είναι
 του (2) που φονεύθηκε κατά
 τη διάρκεια των πολεμικών επιχειρήσεων ή που
 πέθανε εν καιρώ ειρήνης κατά την εκτέλεση διατεταγμένης υπηρεσίας πρόδηλα και
 αναμφισβήτητα ένεκα αυτής. Η βεβαίωση αυτή χορηγείται ύστερα από αίτηση του για να
 υποβληθεί στο εξεταστικό κέντρο επιθυμίας του.

.....2023

ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Στη θέση (1) γράφονται τα στοιχεία ανάλογα με την περίπτωση του Διευθυντού του Στρατιωτικού Προσωπικού του κάθε Κλάδου.
2. Στη θέση (2) γράφεται ο βαθμός, όπλο, ΑΜ και ονοματεπώνυμο.
3. Η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται μετά την προσκόμιση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης στην εκδίδουσα Αρχή.

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπύραρχος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
 Επιτελάρχης

Αντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
 Επιτελής Β2/1

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
Β΄ ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
20 Ιαν 23

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «2» ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ»
ΣΤΗΝ ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

(Υπόδειγμα «2»)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΑΝΑΠΗΡΟΥ ΕΙΡΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ Ή ΠΟΛΕΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

ΔΕΠΑΘΑ

ΓΡΑΦ. ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΘΥΜ. ΠΟΛΕΜΟΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνουμε ότι ο είναι
ανάπηρος.....(1) με αριθμό βιβλιαρίου συντάξεων
..... και με αναπηρία υπάγεται στις διατάξεις του Ν.
.....

Η παρούσα χορηγείται για να χρησιμεύσει

Αθήνα,2023

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ

Το Γραφ. Αναπ. Θυμ. Πολέμου

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΕΠΑΘΑ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Στη θέση (1) γράφεται «ειρηνικής περιόδου» ή πολεμικών επιχειρήσεων με την αντίστοιχη μνημόνευση του Νόμου.

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπύραρχος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
Επιτελάρχης

Αντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
Επιτελής Β2/1

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
Β' ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
20 Ιαν 23

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «3» ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ»
ΣΤΗΝ ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ «3»)

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

(Επικollάται από τον
υποψήφιο
ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ
ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ-ΘΕΩΡΗΣΗ)

ΔΕΛΤΙΟ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΑΣΕΙ - ΑΣΣΥ

(Εκτυπώνεται στις δύο όψεις του ίδιου φύλλου και προσκομίζεται από τον υποψήφιο με συμπληρωμένο τον πίνακα Α, στο Εξεταστικό Κέντρο όπου θα εξεταστεί.)

Κωδικός Συστήματος:

Κωδικός Υποψηφίου:

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:

ΑΜΚΑ:

Σχολές Προτίμησης

ΣΣΕ-ΟΠΛΑ ΣΙ-ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ	ΣΣΕ-ΣΩΜΑΤΑ ΣΙ-ΕΛ. ΑΕΡΑΜΥΝΑΣ	ΣΝΔ-ΜΑΧΙΜΟΙ ΣΙ-ΜΕΤΕΩΡΟΛΟΓΟΙ	ΣΝΔ-ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΣΙ-ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	ΣΙ-ΙΠΤΑΜΕΝΟΙ ΣΙ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ
ΣΙ-ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΩΝ	ΣΣΑΣ-ΙΑΤΡΙΚΟ	ΣΣΑΣ-ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ	ΣΣΑΣ- ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	ΣΣΑΣ- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ
ΣΣΑΣ-ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ	ΣΣΑΣ-ΣΤΡΑΤ/ΚΟΥ ΣΤΡ/ΚΩΝ ΝΟΜ. ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ	ΣΣΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ	ΣΑΝ	ΣΜΥ-ΟΠΛΑ
ΣΜΥ-ΣΩΜΑΤΑ	ΣΜΥΝ	ΣΜΥΑ-Α ΚΑΤ/ΝΣΗ ΤΕΧΝ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	ΣΜΥΑ-Β ΚΑΤ/ΝΣΗ ΕΠΙΧ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	ΣΜΥΑ-Γ ΚΑΤ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ & ΕΦ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Συμπληρώνεται από την ΑΥΕ

Αριθ. Γνωμ. Ανώτ. Υγειον. Επιτροπής:
Ημερ. Εξέτασης:

Ύψος:
Βάρος:
ΔΜΣ:

ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΚΡΙΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ / ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ (ΔΙΑΓΡΑΨΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ)

.....

-Ο-
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

-Ο-
ΠΡΟΕΔΡΟΣ

-ΤΑ-
ΜΕΛΗ

Α.

Β.

ΠΙΝΑΚΑΣ Α. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ

Για όσους εισαχθούν στις Στρατιωτικές Σχολές, οι εξετάσεις θα επαναληφθούν αμέσως μετά την κατάταξη.

ΤΜΗΜΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΑΡ. ΒΙΒΛΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	Ακτινογραφία Θώρακος FACE			
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	Γενική Εξέταση αίματος, αιμοσφαιρίνη, ουρία, σάκχαρο, κρεατινίνη, τρανσαμινάσες, γενική ούρων.			
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	Ηλεκτροκαρδιογράφημα και γνωμάτευση		Δύνатаι να συμμετέχει σε αθλητικές δοκιμασίες	
ΩΡΛ	Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση και ακούγραμμα.			
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	Οφθαλμολογική εξέταση με καταγραφή της οπτικής οξύτητας, βαθμού διαθλαστικής ανωμαλίας έκαστους οφθαλμού, ύπαρξη ή μη Δυσχρωματοψίας (αριθμός καρτελών ISIHARA), ύπαρξη νοσήματος ή πάθησης		ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ ΔΟ...../10...../10..... SPH.....CYL ΑΟ...../10...../10..... SPH.....CYL ΑΝΤ. ΧΡΩΜ..... ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ..... ΑΛΛΟ ΝΟΣΗΜΑ.....	
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	Γυναικολογική εξέταση.			

ΠΙΝΑΚΑΣ Β. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

(Διενεργούνται από Ιατρούς Στρατιωτικού Νοσοκομείου του αντίστοιχου Εξεταστικού Κέντρου)

ΤΜΗΜΑ	ΑΡ. ΒΙΒΛΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ			
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ			
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ			
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ			
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ		ΥΨΟΣ: ΒΑΡΟΣ: Δ.Μ.Σ.:	

ΤΙΜΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

(ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΓΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΣΙ/ΠΤ)

Θ - 3 - 3

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΜΠΕΡΙΕΧΟΝΤΑΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ-ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ. ΔΕΝ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΛΛΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1η ΗΜΕΡΑ ΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΚΕ ΣΤΟ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΠΟΥ ΘΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΙ.

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπρόεδρος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
Επιτελάρχης

Αντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
Επιτελής Β2/1

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
Β' ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
20 Ιαν 23

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «4» ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ»
ΣΤΗΝ ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ «4»)

Α/Α ΑΙΤΗΣΗΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)
ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

(Επικολλάται από τον
υποψήφιο ΔΕΝ
ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ-
ΘΕΩΡΗΣΗ)

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ ΑΞΕΙ (ΣΣΕ-ΣΝΔ-ΣΙ-ΣΣΑΣ-ΣΑΝ)
ΚΑΙ ΑΣΣΥ (ΣΜΥ-ΣΜΥΝ-ΣΜΥΑ) ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023 - 2024**

ΠΙΝΑΚΑΣ «Α»

01. ΠΡΟΣ:

ΠΙΝΑΚΑΣ «Β»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

02. Κωδικός Υποψηφίου:	<input type="text"/>
03. ΑΔΤ ή Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>
04. ΑΜΚΑ:	<input type="text"/>
05. Επώνυμο:	<input type="text"/>
06. Όνομα:	<input type="text"/>
07. Όνομα Πατέρα:	<input type="text"/>
08. Όνομα Μητέρας:	<input type="text"/>
09. Ημερομηνία Γέννησης:	<input type="text"/>
10. Στοιχεία Κατοικίας - Επικοινωνίας	<input type="text"/>
α. Χώρα:	<input type="text"/>
β. Περιφέρεια:	<input type="text"/>
γ. Νομός:	<input type="text"/>
δ. Δήμος - Κοινότητα:	<input type="text"/>
ε. Πόλη - Χωριό:	<input type="text"/>
στ. Διεύθυνση - Αριθμός:	<input type="text"/>
ζ. Ταχυδρομικός Κώδικας:	<input type="text"/>
η. Σταθερό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
θ. Κινητό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
ι. Τηλέφωνο συγγενούς:	<input type="text"/>
ια. Διεύθυνση Ηλεκτρ. Ταχυδρ. (email):	<input type="text"/>

ΠΙΝΑΚΑΣ «Γ»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

11. Δηλώνω ότι επιθυμώ να εξεταστώ στο παρακάτω Εξεταστικό Κέντρο:

12. Δηλώνω ότι επιθυμώ να εξεταστώ για την καταλληλότητα στις παρακάτω Σχολές:

(Θα πρέπει οι Σχολές που θα δηλωθούν παρακάτω, να έχουν δηλωθεί ή να δηλωθούν ΚΑΙ στο μηχανογραφικό δελτίο του Λυκείου)

- (1) Στρατιωτική Σχολή Ευελπίδων (ΣΣΕ)
(2) Σχολή Ναυτικών Δοκίμων (ΣΝΔ)
(3) Σχολή Ικάρων (ΣΙ)

- (Α) ΟΠΛΑ
(Γ) ΜΑΧΙΜΟΙ
(Ε) ΙΠΤΑΜΕΝΟΙ
(Ζ) ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ
(Φ) ΕΛ. ΑΕΡΑΜΥΝΑΣ
(ΣΤ) ΜΕΤΕΩΡΟΛΟΓΟΙ
(Η) ΙΑΤΡΙΚΟ
(Θ) ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ

- (Β) ΣΩΜΑΤΑ
(Δ) ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ
(Χ) ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
(Ψ) ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ
(Ω) ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΩΝ
(Λ) ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ
(Μ) ΣΤΡΑΤ/ΚΟΥ - ΣΤΡ/ΚΩΝ ΝΟΜ.

- (4) Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Σωμάτων
(ΣΣΑΣ)

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΕΛΙΔΑ ΝΑ ΤΙΘΕΝΤΑΙ ΟΙ ΜΟΝΟΓΡΑΦΕΣ ΔΗΛΟΥΝΤΑ ΚΑΙ ΓΟΝΕΑ
Ή ΑΣΚΟΥΝΤΑ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ Ή ΕΠΙΤΡΟΠΕΙΑ**

Θ - 4 - 2

	(Ι)	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	<input type="checkbox"/>	ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ	<input type="checkbox"/>
	(Κ)	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ	<input type="checkbox"/>	(Ν) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ	<input type="checkbox"/>
(5) Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής (ΣΑΝ)	(Ξ)	ΣΑΝ	<input type="checkbox"/>		
(6) Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών (ΣΜΥ)	(Ο)	ΟΠΛΑ	<input type="checkbox"/>	(Π) ΣΩΜΑΤΑ	<input type="checkbox"/>
(7) Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών Ναυτικού (ΣΜΥΝ)	(Ρ)	ΣΜΥΝ	<input type="checkbox"/>		
(8) Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών Αεροπορίας (ΣΜΥΑ)	(Σ)	Α ΚΑΤ/ΝΣΗ ΤΕΧΝ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	<input type="checkbox"/>	(Υ) Γ ΚΑΤ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ & ΕΦ/ΚΗΣΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	<input type="checkbox"/>
	(Τ)	Β ΚΑΤ/ΝΣΗ ΕΠΙΧ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

13. Δηλώνω την εξής Ειδική Κατηγορία του Ν.3648/2008:

14. Δηλώνω ότι θα υποβάλλω ξεχωριστά αίτηση συμμετοχής στις εξετάσεις για κατάταξη στις κάτωθι Σχολές Σωμάτων Ασφαλείας:

(1) Ελληνική Αστυνομία (ΕΛ.ΑΣ.)	ΕΛ.ΑΣ.	<input type="checkbox"/>
(2) Πυροσβεστικό Σώμα (Π.Σ.)	Π.Σ.	<input type="checkbox"/>
(3) Λιμενικό Σώμα - Ελληνική Ακτοφυλακή (Λ.Σ.- ΕΛ. ΑΚΤ.)	Λ.Σ.- ΕΛ. ΑΚΤ.	<input type="checkbox"/>

15. Είμαι μαθητής ή έχω ολοκληρώσει:

16. Ανήκω στην κατηγορία του:

17. Μαθητής Στρ. Σχολής:

18. Υπηρετών στις ΕΔ Εθελοντής, Οπλίτης, Οπλίτης πρότακτος, Οπλίτης παρατεταμένης θητείας, Μαθητής ΑΣΣΥ

19. Ανήκω στους Έλληνες/ίδες καταγόμενους από την αλλοδαπή χωρίς Ελληνική Ιθαγένεια

20. Θα εξεταστώ προφορικά στις εξετάσεις του Υ.ΠΑΙ.Θ.:

21. Έχω διαγραφεί στο παρελθόν για λόγους υγείας από Στρατιωτική Σχολή

22. Δεν καταδικάστηκα ούτε διώκομαι για τα αδικήματα ή εγκλήματα που αναφέρονται στην παράγραφο 10στ της παρούσας εγκυκλίου.

23. Δεν έχω εκπέσει από στρατιωτικό βαθμό, ούτε αποστρατεύτηκα για λόγους πειθαρχίας, ούτε έχω καταδικαστεί σε ανυποταξία, ούτε αποβληθεί στο παρελθόν από άλλη Στρατιωτική Σχολή. Επίσης δεν έχω παραιτηθεί στο παρελθόν, από κάποια από τις Σχολές που δηλώνω στην παράγραφο 12 ότι επιθυμώ να εξεταστώ για καταλληλότητα.

24. Έλαβα γνώση όλων των όρων της παρούσας εγκυκλίου και ιδιαίτερα ότι σε περίπτωση που θα κριθώ εισακτέος, είμαι υποχρεωμένος να προσκομίσω τα δικαιολογητικά κατάταξης, εντός των καθορισμένων προθεσμιών. Επιπλέον, δηλώνω υπεύθυνα, ότι η παρούσα αίτηση και όλα τα έγγραφα που υποβάλλω με αυτή, είναι γνήσια και ακριβή. Γνωρίζω ότι δε θα γίνω δεκτός για κατάταξη σε ΑΣΕΙ - ΑΣΣΥ και σε περίπτωση που κατατάχθηκα θα αποβληθώ, αν τα αναφερόμενα στην παρούσα ή/και κάποιο από τα δικαιολογητικά που συνυποβάλλω, αποδειχθούν ανακριβή ή ψευδή ή μεταβληθούν μέχρι την ημερομηνία κατάταξης, οπότε υπέχω όλων των νομίμων οικονομικών και άλλων συνεπειών της αποβολής.

25. Αναλαμβάνω όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την κατάταξή μου σε ΑΣΕΙ - ΑΣΣΥ. Επιπλέον, έλαβα γνώση και συναινώ, ότι εφόσον προσκληθώ για κατάταξη σε κάποια ΑΣΕΙ - ΑΣΣΥ, να υποβληθώ σε υγειονομικές εξετάσεις σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στον αύξοντα αριθμό 343 του πίνακα νοσημάτων κατόπιν εργαστηριακού ελέγχου, με πλήρη διαφύλαξη των ευαίσθητων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Σε περίπτωση που αρνηθώ να υποβληθώ στις εξετάσεις, σύμφωνα με τα καθοριζόμενα στην παράγραφο 5 του άρθρου 4 του ΠΔ 11/2014 ή βρεθώ θετικός σε τέτοιες ουσίες, γνωρίζω ότι θα αποβληθώ από τη Σχολή κατάταξης.

ΠΙΝΑΚΑΣ «Δ»**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ)**

26. Αποστέλλω μαζί με την παρούσα Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση, δικαιολογητικά που πιστοποιούν τα κάτωθι

Α/Α Κατηγορία Δικαιολογητικού

1. Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση
2. Έλληνες/ίδες του εσωτερικού με ελληνική ιθαγένεια

Ο ΓΟΝΕΑΣ/ΑΣΚΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ Ή ΕΠΙΤΡΟΠΕΙΑ

Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΟ ΓΝΗΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΟΓΡΑΦΩΝ

Οι Υποψήφιοι -ες κατά τις Προκαταρκτικές Εξετάσεις(ΠΚΕ), να έχουν υποχρεωτικά μαζί τους:

- α. Το αρμοδίως υπογεγραμμένο και θεωρημένο (από ΚΕΠ ή Αστυν. Αρχή) για το γνήσιο των υπογραφών, φωτοαντίγραφο της παρούσας Αίτησης – Υπεύθυνης Δήλωσης
- β. Το Δελτίο Υγειονομικής Εξέτασης με συμπληρωμένες τις εξετάσεις του Πίνακα «Α»
- γ. Δελτίο Ταυτότητας (αστυνομική ή στρατιωτική)
- δ. Δελτίο ταυτότητας υποψηφίου (Υ.Π.ΑΙ.Θ.)

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΕΛΙΔΑ ΝΑ ΤΙΘΕΝΤΑΙ ΟΙ ΜΟΝΟΓΡΑΦΕΣ ΔΗΛΟΥΝΤΑ ΚΑΙ ΓΟΝΕΑ
Ή ΑΣΚΟΥΝΤΑ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ Ή ΕΠΙΤΡΟΠΕΙΑ**

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπρόεδρος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
ΕπιτελάρχηςΑντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
Επιτελής Β2/1

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
 Β' ΚΛΑΔΟΣ/ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β2/ΤΜΗΜΑ 1
 ΤΜΗΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
 ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
 ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ
 20 Ιαν 23

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «5» ΣΤΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Θ»
ΣΤΗΝ ΕΔΥΕΘΑ Φ.337/2/212535/Σ.479

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ «5»)

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ											
(ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΥΤΕΣ ΠΡΟΟΡΙΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ. ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΔΕΧΟΝΤΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΕΕ2016/679 ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ)											
1. ΕΠΩΝΥΜΟ			ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ				
2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:					3. ΑΜΚΑ:						
4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ:			5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:			6. ΑΦΜ:		7. ΒΑΘΜΟΣ Ή ΙΔΙΟΤΗΤΑ:			
8. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (οδός, αριθμός, πόλη, ΤΚ)					9. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:			E-MAIL:			
10. ΗΜΕΡΟΜ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:					11. ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:						
12. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ:					13. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ:						
14. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ Ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ (ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑ V ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ):											
	ΝΑΙ	ΟΧΙ					ΝΑΙ	ΟΧΙ			
Συγκατοίκηση με άτομο που έπασχε από χρόνια μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα π.χ. φυματίωση					Φορούσατε ή φοράτε φακούς επαφής						
Βήχα με αιμόπτυση					Φορούσατε ή φοράτε διορθωτικά γυαλιά						
Υπερβολική αιμορραγία μετά από τραύμα ή εξαγωγή δοντιού					Φορούσατε ή φοράτε ακουστικά βαρηκοΐας						
Σκεφτεί ή κάνει απόπειρα αυτοκτονίας					Είχατε ή έχετε μπαταρισμό(ταχυλαλία) ή βραδυγλωσσία						
Υπνοβασία					Φορούσατε ή φοράτε ορθοπεδικό κορσέ ή ζώνη						
15. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ Ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ (ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑ V ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ):											
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Ρευματικό πυρετό				Κράμπες στα πόδια				Δυσκαμψία ή πιάσιμο του γόνατος				
Επώδυνες ή πρησμένες αρθρώσεις				Συχνές δυσπεψίες				Νευρίτιδα				
Συχνές ή βαριές προσβολές κεφαλαλγίας				Λίθους ή άλλες διαταραχές από τη χολή				Παραλύσεις άκρων				
Ιλίγγους ή λιποθυμικές κρίσεις				Ίκτερο ή ηπατίτιδα				Επιληψία ή επιληπτικά ισοδύναμα, σπασμούς				
Διαταραχές από αυτιά, μύτη ή λαιμό				Διαταραχές από το στομάχι ή τα έντερα				Ναυτία από μέσα μεταφοράς				
Μείωση όρασης				Ανεπιθύμητες ενέργειες από ορούς ή φάρμακα				Συχνές διαταραχές του ύπνου π.χ. αυπνία - υπνηλία				
Μείωση ακοής				Όγκους/ κύστεις/ καρκίνο				Κατάθλιψη ή έντονη μελαγχολία				
Σοβαρές διαταραχές από τα δόντια ή τα ούλα				Αιμορροΐδες ή διαταραχές του ορθού εντέρου				Νευρικές διαταραχές οποιασδήποτε μορφής				
Κολπίτιδες των παραρρινίων κόλπων, ιγμορίτιδα				Επώδυνες και συχνές ουρήσεις				Απώλεια συνείδησης οποιασδήποτε μορφής ή διάρκειας				
Αλλεργικό πυρετό από χόρτα				Νυχτερινή ενούρηση μετά την ηλικία των 12 ετών				Εθισμό σε φάρμακα ή τοξικές ουσίες				
Τραύματα ή κακώσεις της κεφαλής				Νεφρολιθίαση ή αίμα στα ούρα				ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ				
Δερματικές αρρώστιες				Αφροδίσια νοσήματα, σύφιλη, βλεννόρροια								
Διαταραχές από τον θυρεοειδή				Πρόσφατη αύξηση ή ελάττωση του βάρους				Κάνει γυναικολογική θεραπεία				
Φυματίωση (οποιασδήποτε μορφής)				Αρθρίτιδα, τενοντοθηκίτιδα ρευματισμούς				Μεταβολή του κύκλου ρύσεως				
Βρογχικό άσθμα μετά την ηλικία των 10 ετών				Κατάγματα των οστών				Εγκυμοσύνη				
Δύσπνοια στην ηρεμία ή στην μικρή κόπωση				Παραμορφώσεις των οστών και αρθρώσεων				ΕΠΑΣΧΕ Ή ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ:				
Πόνο ή αίσθημα πίεσης στο στήθος				Δυσχέρεια στη βάδιση				Σακχαρώδη Διαβήτη				
Χρόνιο βήχα				Απώλεια δακτύλων των χεριών ή των ποδιών				Ψύχωση, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική νόσος				
Παλμούς ή δυνατούς κτύπους στην καρδιά				Πόνος ή πιάσιμο του ώμου ή των αγκώνων				Αιφνίδιος θάνατος σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών				
Διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας				Υποτροπιάζουσα οσφυαλγία				Καρκίνο				
Υψηλή ή χαμηλή αρτηριακή πίεση				Διαταραχές από τα πόδια				Αλκοολισμό				
Ρήξεις μυών, τενόντων, συνδέσμων και κήλες				Απώλεια μνήμης οποιασδήποτε μορφής				Επιληψία				
16. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΣΑΣ ΕΞΩΣΧΟΛΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ					17. ΕΙΣΤΕ		ΔΕΞΙΟΧΕΙΡΑΣ	<input type="checkbox"/>				
							ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΑΣ	<input type="checkbox"/>				

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΝΑΙ Ή ΟΧΙ . ΚΑΘΕ ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΞΗΓΗΣΤΕ ΤΗΝ ΜΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΕΝΟ ΧΩΡΟ ΔΕΞΙΑ			
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
18. Σας αρνήθηκαν ποτέ εργασία ή διακόψατε ποτέ εργασία ή σπουδή λόγω:			
A. Ευαισθησίας σε χημικές ουσίες, ήλιο, σκόνη κ.λ.π			
B. Αδυναμίες να εκτελείτε μερικές κινήσεις			
Γ. Αδυναμίας να χρησιμοποιείτε ορισμένες θέσεις του σώματος			
Δ. Για άλλους ιατρικούς λόγους (Εάν ΝΑΙ γράψτε ποιους)			
19. Κάνατε ποτέ θεραπεία για ψυχικές διαταραχές; Εάν ΝΑΙ γράψτε τότε, που και δώστε συγκεκριμένες λεπτομέρειες			
20. Είχατε σημαντικές αυξομειώσεις του σωματικού σας βάρους; Ακολουθείτε υγιεινές διατροφικές συνήθειες;		
21. Καπνίζετε; Εάν ΝΑΙ: Αριθμός τσιγάρων ημερησίως Αριθμός ημερών του μήνα που καπνίζετε Πόσα έτη καπνίζετε		
22. Πίνετε αλκοόλ; Εάν ΝΑΙ, Αριθμός ποτών την εβδομάδα Αριθμός ποτών την ημέρα Συχνότητα κατανάλωσης περισσότερων των έξι (6) ποτών τη φορά.		
23. Σας έχει ποτέ αρνηθεί ασφαλιστική εταιρεία να σας κάνει ασφάλεια ζωής; Εάν ΝΑΙ γράψτε αιτία και λεπτομέρειες			
24. Έχετε κάνει ή σας συμβούλεψαν να κάνετε οποιαδήποτε εγχείρηση;			
25. Έχετε ποτέ νοσηλευτεί σε κλινική ή νοσοκομείο; Αν ΝΑΙ, τότε, πού και Δνση νοσοκομείου.			
26. Έχετε άλλοτε αρρωστήσει ή τραυματιστεί εκτός από αυτά που ήδη σημειώσατε; Εάν ΝΑΙ τότε και πού;			
27. Έχετε θεραπευτεί ή σας έχει συμβουλέψει να κάνετε θεραπεία ιατρός νοσοκομείο, θεραπευτής ή άλλος πρακτικός μέσα στα τελευταία πέντε χρόνια για άλλες παθήσεις εκτός από τις συνήθεις μικροαρρώστιες; Εάν ΝΑΙ γράψτε για ποια πάθηση, όνομα ιατρού ή νοσοκομείου και άλλες λεπτομέρειες			
28. Έχετε ταξιδέψει πρόσφατα στο εξωτερικό; Εάν ΝΑΙ, πού ακριβώς (χώρα – πόλη) και για πόσο διάστημα;			
29. Έχετε ποτέ απορριφθεί από στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας φυσικού ελαττώματος, ψυχικής αιτίας ή άλλων ιατρικών λόγων; Εάν ΝΑΙ γράψτε ημερομηνία και αιτία της απόρριψης.			
30. Απολυθήκατε ποτέ από στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας οποιασδήποτε ιατρικής αιτίας; Αν ΝΑΙ γράψτε χρονολογία, αιτία, είδος απολύσεως			
31. Έχετε ποτέ πάρει ή παίρνετε τώρα ή έχετε κάνει αίτηση για αποζημίωση ή πληρωμή για υπάρχουσα ανικανότητα; Εάν ΝΑΙ γράψτε το είδος, από ποιόν την πήρατε, τι ποσό, τότε και γιατί.			

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι αληθινές και πλήρεις από όσο μπορώ να γνωρίζω.
 Δηλώνω ότι δεν αποκρύπτω υγειονομικές μου πληροφορίες με στόχο να γίνω δεκτός/ή για κατάταξη ή υπηρεσία στις Ένοπλες Δυνάμεις (ΕΔ).
 Συναινώ στην αναζήτηση υγειονομικών μου στοιχείων, όπως δηλώθηκαν στο παρόν Δελτίο Ιατρικού Ιστορικού, στους αναφερόμενους στην παρ.19,25,26 και 27 φορές παρόχους υγείας της χώρας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΟΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		ΥΠΟΓΡΑΦΗ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΟΣ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΗΛΙΚΟΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)		ΥΠΟΓΡΑΦΗ	
ΕΛΑΒΑΝ ΓΝΩΣΗ ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΕΤ. ΙΑΤΡΟΥ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)	ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπτέραρχος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
 Επιτελάρχης

Αντχος (Μ) Θωμάς Πατπάς ΠΝ
 Επιτελής Β2/1

Θ - 5 - 5



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			
A.Φ.Μ.							

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Όσα δήλωσα στο Δελτίο Ιατρικού Ιστορικού είναι αληθή καθώς και ότι έλαβα γνώση του πίνακα νοσημάτων του Προεδρικού Διατάγματος 11/2014 (Α' 2014), που αφορά σε κρίση σωματικής ικανότητας αυτών που κατατάσσονται στις Ένοπλες Δυνάμεις και δεν υπάγομαι σε καμία από τις κατηγορίες που οδηγούν σε μεταβολή της σωματικής μου ικανότητας από 1/2 έως 1/5.*

***(Η υπεύθυνη δήλωση γίνεται δεκτή είτε εκδιδόμενη μέσω gov.gr, είτε φέροντας το γνήσιο της υπογραφής, αναγράφοντας υποχρεωτικά το ως άνω κείμενο)**

Ημερομηνία: 20..

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Θ - 5 - 6

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Ακριβές Αντίγραφο

Αντιπρόεδρος (Ι) Γεώργιος Κυριάκου
Επιτελάρχης

Αντχος (Μ) Θωμάς Παππάς ΠΝ
Επιτελής Β2/1