ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν.Π.

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Ν/∆ ΕΛΛΑ∆ΟΣ

Πρόγραµµα «Ηώς», Επιμορφωτικό σεμινάριο

ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε

θέµατα ψυχικής υγείας με θέμα:

**«Αγχώδεις Διαταραχές»**

∆ΕΛΤΙΟ ΕΚ∆ΗΛΩΣΗΣ ΕΝ∆ΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Συμπληρώστε µε ΚΕΦΑΛΑΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….

Ι∆ΙΟΤΗΤΑ: …… …………………………. …….ΕΙ∆ΙΚΟΤΗΤΑ: …………………….

ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ : ΝΑΙ…..ΟΧΙ**…..**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΧΩΡΟΥ: …… ……………………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ……………………………………

ΠΟΛΗ: ………………………………… Τ Κ: ……………….. ΝΟΜΟΣ: ……………………

ΤΗΛ: ………………………………………………… ΚΙΝ: …………………………………….

Το πρόγραµµα για την

Προαγωγή της Ψυχικής Υγεί-

ας Παιδιών, Εφήβων και

Νέων «Ηώς», χρηµατοδοτείται

από το Ίδρυµα «Σταύρος

Νιάρχος» και υλοποιείται από

τη

Παιδοψυχιατρική Μονάδα της

Ψυχιατρικής Κλινικής του

Πανεπιστηµιακού Γενικού

Νοσοκοµείου Πατρών & το

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Νοτιο-

δυτικής Ελλάδος (ΚΕ.ΚΟΙ.ΨΥ)

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

ΚΕ.ΚΟΙ.ΨΥ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΉ Π.Γ.Ν.Π

ΤΚ. 26504, ΠΑΤΡΑ

ΤΗΛ. 2613 603 630

EMAIL. [kekoipsy@gmail.com](mailto:kekoipsy@gmail.com)

E-mail: …………………………………………………………..

www: ……………………………………………………………

Ηµεροµηνία

Υπογραφή

**Ο αριθµός των θέσεων είναι περιορισμένος. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας**.

**Θα δοθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης.**

**Η συµµετοχή είναι δωρεάν**

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΟΣΤΕΙΛΑΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** [**kekoipsy@gmail.com**](mailto:kekoipsy@gmail.com) **ΚΑΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΣΤΟ 2613 603-630 .**

