

Αθήνα / /2015

για το

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

του Ν.Π.Δ.Δ «Πανελληνίος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών»

Θέμα: Αίτηση εγγραφής μέλους

Όνομα:

Επώνυμο:

Πατρώνυμο:

Αριθμός μητρώου Π.Σ.Φ:

Εργασιακός χώρος:

Νοσοκομείο	
Κέντρο αποκατάστασης	
Εργαστήριο φυσικοθεραπείας	
Ειδικό σχολείο	
Ελεύθερος επαγγελματίας	
Εκπαιδευτικός (δηλώστε πλαίσιο)	
Άλλο	

Διεύθυνση εργασίας:

Διεύθυνση κατοικίας:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Αριθμός σταθερής τηλεφωνίας:

Αριθμός κινητής τηλεφωνίας:

Ηλεκτρονική διεύθυνση:

Σχολή αποφοίτησης:

Έτος αποφοίτησης:

Μεταπτυχιακός τίτλος (αντικείμενο):

Μετεκπαιδευτικοί τίτλοι (σεμινάρια, εξειδικεύσεις σε μεθόδους, κ.λ.π) :

Διάρκεια εργασιακής εμπειρίας στη φυσικοθεραπεία:

**Διάρκεια εργασιακής εμπειρίας στο χώρο της παιδιατρικής
φυσικοθεραπείας :**

Συμμετοχή σε άλλο επιστημονικό τμήμα του Ν.Π.Δ.Δ –Π.Σ.Φ:

ο/η αιτών/ ούσα

Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική

**Αφού συμπληρωθεί παρακαλούμε να αποσταλλεί στο
paediatricppta@email.com**