

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΣΤΟ Π.Σ. ΩΣ  
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΗΣ ΔΑΣΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΙΣΕΩΝ (Π.Δ.Ε.)**

<b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ/Α</b>	<p>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: .....-2025</p> <p>ΕΠΩΝΥΜΟ: .....</p> <p>ΟΝΟΜΑ: .....</p> <p>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....</p> <p>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....</p> <p>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (ΑΔΤ): .....</p> <p>ΑΜΚΑ: .....</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"><p align="center">Θέση Φωτογραφίας</p><p align="center">[Επικολλάται από τον υποψήφιο και θεωρείται από τη ΔΙ.Π.Υ.(Ν.)]</p></div>						
<b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</b>	<p align="center"><b>ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</b></p> <p align="center">Αριθ. Γνωμ..... Ημερομηνία Εξέτασης:...../2025</p> <p>Η Επιτροπή αφού έλαβε υπόψη:</p> <p>α) τις γνωματεύσεις των τμημάτων του Νοσοκομείου στο οποίο εξετάστηκε ο/η υποψήφιος/α .....</p> <p>β) το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) αφού μετρήθηκε το Βάρος (Β) ..... kg και το Ανάστημα (Α) ..... μέτρα και</p> <p>γ) τη μακροσκοπική εξέταση,</p> <p align="center"><b>ΑΠΟΦΑΙΝΕΤΑΙ ΟΜΟΦΩΝΑ</b> <b>και</b></p> <p>Κρίνει τον/την υποψήφιο/α του παρόντος Δελτίου: <b>Ικανό/ή - Μη Ικανό/ή</b> (διαγράψτε ανάλογα) Αιτιολογικό μη ικανότητας: _____</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ</td><td style="width: 50%; text-align: center;">ΤΑ ΜΕΛΗ</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">1.</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">2.</td></tr></table>	Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ	ΤΑ ΜΕΛΗ		1.		2.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ	ΤΑ ΜΕΛΗ						
	1.						
	2.						

**-ΝΑ ΕΚΤΥΠΩΘΕΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΘΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΦΥΛΛΟΥ-**

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

A/A	Τμήμα	Γνωμάτευση	Ημερομηνία εξέτασης	Εξετάσας/σα Ιατρός (Υπογραφή-Σφραγίδα)
1	α. Ακτινολογικό	A/A θώρακος F (με φωτογραφία)		
	β. Πνευμονολογικό			
2	Μικροβιολογικό	A) Γεν. αίματος B) Γεν. ούρων Γ) Σάκχαρο ορού Δ) Κρεατινίνη Ε) Τρανσαμινάσες ΣΤ) Αιμοσφαιρίνη		
3	Παθολογικό	- Ύψος (χωρίς υποδήματα): - Βάρος (kg): - ΔΜΣ:		
4	Καρδιολογικό	- ΗΚΓ - Κλιν. εξέτ.: - Δύναται να συμμετάσχει σε αθλητικές δοκιμασίες; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
5	Ορθοπαιδικό			
6	Νευρολογικό			
7	Ω.Ρ.Λ.	- Ακοόγραμμα: - Κλιν. εξέτ:		
8	Δερματολογικό			
9	Χειρουργικό			
10	Γυναικολογικό	Γυναικολογική εξέταση: Δύναται να συμμετέχει σε αθλητικές δοκιμασίες (μόνο σε περίπτωση κύησης); ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
11	Ψυχιατρικό			
12	Οφθαλμολογικό	- Οπτική οξύτητα 1) SC: ΔΟ .... /10, ΑΟ .... /10 ή 2) CC: ΔΟ .... /10, ΑΟ .... /10 Διαθλαστική ανωμαλία: ΔΟ: SPH..... CYL..... ΣΦΑΙΡ. ΙΣΟΔΥΝ.:..... ΑΟ: SPH..... CYL..... ΣΦΑΙΡ. ΙΣΟΔΥΝ.:..... - Αντίληψη χρωμάτων: - Στραβισμός: - Άλλες παθήσεις:		

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** Οι παρακλινικές εξετάσεις α) Ακτινογραφία θώρακος, β) Γεν. Αίματος, γ) Γεν. ούρων, δ) Σάκχαρο ορού κ.λ.π. να προσκομιστούν από τον υποψήφιο στην Επιτροπή Υγειονομικής Εξέτασης μαζί με το παρόν Δελτίο.