



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ/ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ..... (Συμπληρώστε την Π.Ε. στην οποία απευθύνεστε)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>	

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος επισκέπτη/επισκέπτριας υγείας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης:							
Τόπος Γέννησης:							
ΑΔΤ:	ΑΦΜ:	Τηλέφωνα:					
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:		Αριθ.:		ΤΚ:		
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

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

1. Εξουσιοδοτώ την υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

2.....
.....»

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση.
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
3. Να την παραλάβετε από το ΚΕΠ (στοιχεία του ΚΕΠ).
4. Να την παραλάβει από την υπηρεσία μας εκπρόσωπός σας: (ονοματεπώνυμο).

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)

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙ- ΤΕΙΤΑΙ
1. Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος.			
2. Δύο (2) ίδιες μικρές πρόσφατες φωτογραφίες.			
3. Αντίγραφο πτυχίου Τ.Ε.Ι. ή απόφαση επαγγελματικής ισοτιμίας εκδοθείσα από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας & Θρησκευμάτων (Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων - ΣΑΕΠ) ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού <u>επικυρωμένο από δικηγόρο με επίσημη μετάφραση</u> , καθώς και <u>πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας</u> αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΙΤΕ ή ΔΟΑΤΑΠ).			
4. Ευκρινής φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.			
5. Για τους μη έχοντες την ελληνική ιθαγένεια, Βεβαίωση Εγγραφής Πολίτη Κράτους-Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη) ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδεια διαμονής ομογενούς ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας ή δελτίο μόνιμης διαμονής ή προσωποπαγής άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς ή μπλε κάρτα της Ε.Ε. ή δεκαετής άδεια παραμονής.			
6. Για τους πολίτες των κρατών-μελών της Ε.Ε. και τους πολίτες τρίτων χωρών, Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας επιπέδου B2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας & Θρησκευμάτων ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. <u>Το πιστοποιητικό αυτό δεν κατατίθεται εφόσον</u> οι ενδιαφερόμενοι καταθέσουν απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας ή ισοδυναμίας επαγγελματικών προσόντων Επισκέπτη/-τριας Υγείας του ΣΑΕΠ ή απολυτήριο ελληνικού λυκείου ή Ι.Ε.Κ. ή πτυχίο Κολεγίου ή πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης ελληνικού εκπαιδευτικού ιδρύματος ή απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας πτυχίου από τον ΔΟΑΤΑΠ ή το ΔΙΚΑΤΣΑ μετά από εξετάσεις .			
7. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή υπεύθυνη δήλωση περί μη καταδίκης (βλ. σελ. 3).		✓	
8. Έντυπο παράβολο Δημοσίου 8 € (από οποιαδήποτε εφορία).			
9. Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών Υγείας (Π.Σ.Ε.Υ.) (Παπαρηγοπούλου 15, Πλατεία Κλαυθμώνος, Αθήνα, τηλ. 210-3231831, e-mail: info@psey.gr, ιστοσελίδα www.psey.gr, λειτουργία Δευτέρα έως Παρασκευή 10π.μ.-2μ.μ.).			



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:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε.						
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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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:

«Δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη σχετική με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας».

(4)

Ημερομηνία / / 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η 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.

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