



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

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ  
ΙΑΤΡΟΥ / ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ**

**ΑΙΤΗΣΗ**

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

**Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος ιατρού / οδοντίατρου (διαγράφεται ανάλογα)**

**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/ση 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.....**  
.....»

<b>Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:</b>
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).

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

(ημερομηνία)

(υπογραφή)

### ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑ- ΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕ- ΣΙΑΚΗ ΑΝΑ- ΖΗΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙ- ΤΕΙΤΑΙ
1. Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος.			
2. Δύο (2) ίδιες μικρές πρόσφατες φωτογραφίες.			
3. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή υπεύθυνη δήλωση περί μη καταδίκης (βλ. σελ. 3).		✓	
4. Έντυπο παράβολο Δημοσίου 8€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
5. Έντυπο παράβολο Χαρτοσήμου 30€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
6. Ευκρινής φωτοτυπία πτυχίου (ή βεβαίωση περάτωσης σπουδών από ελληνικά πανεπιστήμια). Τα πτυχία του εξωτερικού -από μη κράτος της Ε.Ε.- πρέπει να είναι επικυρωμένα από δικηγόρο, να έχουν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτών εκδοθείσα από την αρμόδια υπηρεσία αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ).			
7. Για πτυχιούχους από κράτη-μέλη της Ε.Ε. που έχουν γραφτεί στο Πανεπιστήμιο μετά την 1/1/1981: αντίγραφο πτυχίου, άδεια άσκησης επαγγέλματος από τη χώρα λήψης πτυχίου σύμφωνα με το άρθρο 24 και το Παράρτημα 5.1.1 (ιατροί) ή το άρθρο 34 και το Παράρτημα 5.3.2 (οδοντίατροι) της Οδηγίας 2005/36/ΕΚ, πιστοποιητικό κρατικής εξέτασης, επίσημα σφραγισμένα από την Αρχή του τόπου προέλευσης (Σφραγίδα Χάγης-Αpostille) και επίσημα μεταφρασμένα.			
8. Για άρρενες ελληνικής υπηκοότητας: Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄ ή για τους υπηρετούντες βεβαίωση κατάταξης ή για τους στρατιωτικούς ιατρούς/οδοντιάτρους φύλλο Μητρώου. (Υπάρχει δυνατότητα υπηρεσιακής αναζήτησης του Πιστοποιητικού τύπου Α΄ μόνο εάν προσκομιστεί πιστοποιητικό γέννησης από το Δημοτολόγιο ή παλαιότερο έγγραφο από τη Στρατολογία.)			
9. Ευκρινής φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.			
10. 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.			
11. 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. Το πιστοποιητικό αυτό δεν κατατίθεται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι καταθέσουν απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας ή ισοδυναμίας επαγγελματικών προσόντων Ιατρού/Οδοντιάτρου 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.			



## 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 <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, 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.



**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 <sup>(1)</sup> :	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ....</b>						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: έλαβα γνώση της παρ. 3 του άρθρου 295 του Ν. 4512/2018, σχετικά με την εγγραφή μου στον ιατρικό σύλλογο

«3. Στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου εγγράφεται ο ιατρός, με αίτησή του, εντός ανατρεπτικής προθεσμίας δύο (2) μηνών από την κοινοποίηση της βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος. Πριν την εγγραφή

στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο απαγορεύεται η από τον ιατρό άσκηση του επαγγέλματος αυτού. Η ίδια απαγόρευση ισχύει και για τους γιατρούς που εγγράφονται στο ειδικό μητρώο μελών, καθώς και για τις ιατρικές εταιρείες και ιδιωτικές κλινικές που εγγράφονται στο αντίστοιχο μητρώο».

Επίσης έλαβα γνώση ότι, σύμφωνα με το υπ' αριθ. Γ4β/ΓΠ/οικ.17015/02-03-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, οφείλω μετά την ορκωμοσία μου να προσκομίσω αντίγραφο του πτυχίου μου, διαφορετικά η Υπηρεσία επιφυλάσσεται να ανακαλέσει τη βεβαίωση-άδεια άσκησης του επαγγέλματός μου.

Ημερομηνία: ...../...../20...

Ο – Η Δηλ.

(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.

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

