



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

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΩΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ

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 φυσικού νοσοκομείου εκτός της περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών.

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.....
.....>

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).

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. Υπεύθυνη δήλωση (βλ. σελ. 3).			
4. Έντυπο παράβολο Δημοσίου 8€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
5. Έντυπο παράβολο Χαρτοσήμου 30€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
6. Ευκρινής φωτοτυπία δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή άλλου δημοσίου εγγράφου με τα πλήρη στοιχεία του ενδιαφερόμενου (π.χ. πιστοποιητικού γέννησης από το Δημοτολόγιο).			
7. Για αλλοδαπούς εκτός κρατών Ε.Ε. απαιτούνται α) Ευκρινής φωτοτυπία διαβατηρίου β) Άδεια διαμονής και εργασίας σε ισχύ.			
8. Για τους υπηκόους κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται Βεβαίωση Εγγραφής Πολίτη Κράτους-Μέλους της Ένωσης, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Π.Δ. 106/2007, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 42 του Ν.4071/2012 και ισχύει.			
9. Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/1991 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/1992.			
10. Για τους ομογενείς από την Αλβανία που δεν είναι γραμμένοι στα μητρώα Δήμου απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητος Ομογενούς (ευκρινής φωτοτυπία).			
11. Πτυχίο ελληνικού ΑΕΙ τμήματος Φυσικής, ή Δίπλωμα αποφοίτου της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π. με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής μαζί με πιστοποιητικό της Σχολής , από το οποίο να προκύπτει η κατεύθυνση. Τα πτυχία Φυσικής του εξωτερικού πρέπει να είναι επικυρωμένα από δικηγόρο, να φέρουν σφραγίδα Χάγης (APOSTILLE), να έχουν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτών εκδοθείσα από την αρμόδια υπηρεσία αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ).			
12. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών (δίπλωμα) στην Ιατρική Ακτινοφυσική διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους της Ελλάδας ή ισότιμος του εξωτερικού. Τα μεταπτυχιακά διπλώματα του εξωτερικού πρέπει να είναι επικυρωμένα από δικηγόρο, να φέρουν σφραγίδα Χάγης (APOSTILLE), να έχουν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτών εκδοθείσα από την αρμόδια υπηρεσία αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ).			
13. Αντίγραφο του προγράμματος σπουδών του μεταπτυχιακού τμήματος.			
14. <u>Επιτυχία στις εξετάσεις</u> της αρμόδιας επιτροπής για την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείου εκτός της περιοχής ιοντίζουσών ακτινοβολιών.			



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 Ονομα:				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 αμετάκλητα για κακούργημα, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, κιβδηλεία, παραχάραξη, για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών, ανθρωποκτονία από πρόθεση, παιδοκτονία, αρπαγή προσώπου, εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας, εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αισχροκέρδεια».

(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.