



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

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

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 βοηθού φαρμακείου.

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 κυρώσεις<sup>1</sup> 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. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου γενικής χρήσης <b>του τελευταίου τριμήνου</b> (δυνατότητα αυτεπάγγελτης αναζήτησης από την Υπηρεσία).			
4. Έντυπο παράβολο Δημοσίου 8€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
5. Έντυπο παράβολο Χαρτοσήμου 30€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
6. Ευκρινής φωτοτυπία δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.			
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 Ταυτότητας Ομογενούς (ευκρινής φωτοτυπία).			
11. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης ΙΕΚ, επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΒΕΚ - βεβαίωση επαγγελματικής κατάρτισης <b>και</b> βεβαίωση πιστοποίησης) του Ν.2009/1992 της ειδικότητας «Τεχνικός φαρμάκων-καλλυντικών και παρεμφερών προϊόντων» ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού <u>και</u> βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης <b>ενός έτους</b> <b>ή</b> Πτυχίο Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου (ΤΕΕ) Β΄ κύκλου σπουδών τμήματος «Βοηθών φαρμακείου» ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού <u>και</u> βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης <b>ενός έτους</b> <b>ή</b> Πτυχίο Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου (ΤΕΕ) Α΄ κύκλου σπουδών ειδικότητας «Υπαλλήλων φαρμακείου» ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού <u>και</u> βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης <b>δύο ετών</b> <b>ή</b> Πτυχίο ή απολυτήριο κάθε τύπου Λυκείου ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού για τους υπηρετούντες ή υπηρετήσαντες σε στρατιωτικά φαρμακεία ή φαρμακεία στρατιωτικών νοσοκομείων οπλίτες πενταετούς υποχρέωσης <u>και</u> βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης <b>τριών ετών</b> σε στρατιωτικά φαρμακεία ή φαρμακεία στρατιωτικών νοσοκομείων.			
12. <b>Βεβαίωση επιτυχίας</b> στις εξετάσεις της αρμόδιας εξεταστικής επιτροπής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεσσαλονίκης ή Πατρών για την απόκτηση βεβαίωσης επιτυχίας βοηθού φαρμακείου.			



## 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:	TK:
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:

**«Δε διώκομαι ως φυγόποινος ή φυγόδικος σε καμία εισαγγελία της χώρας».**

(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.