



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΡΟΣ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΣΠΟΡΑΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.			
Αρ. Διαβατηρίου:		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:			
Αρ. Άδειας Οδήγησης:		Ιθαγένεια:			
Ημερομηνία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:		
			Αρ.:	TK	
Τηλ.:		Fax:		E-mail:	

συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΟΔΟΣ:	
		ΑΡΙΘ:	TK
Τηλ:		Fax:	
		E-mail:	

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος επισκέπτη/τριας Υγείας.

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

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

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

3.....
.....»

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 παραλάβει εκπρόσωπός σας:
4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

** Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από Δημόσια Υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

*** «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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ
1. Αίτηση			
2. Δύο (2) έγχρωμες φωτογραφίες, διαστάσεων ταυτότητας.			
3. Φωτοτυπία πτυχίου Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού (όπως προβλέπεται) και απόφαση αναγνώρισης επαγγελματικής ισοδυναμίας ή επαγγελματικών προσόντων εκδοθείσα από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων Αυτοτελές Τμήμα Εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας (Α.Τ.Ε.Ε.Ν.) ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού (όπως προβλέπεται) καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες Υπηρεσίας αναγνώρισης Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. ή Ι.Τ.Ε. (ΦΕΚ 5968/Β/17-12-2021)			
4. Για αλλοδαπούς κατά περίπτωση απαιτείται Πιστοποιητικό συμπληρωματικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα.			
5. Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε δημοσίου εγγράφου πιστοποίησης της ταυτότητας του ενδιαφερομένου.			
6. Για αλλοδαπούς και ομογενείς απαιτούνται επιπλέον άδεια παραμονής και άδεια εργασίας στην Ελλάδα σε ισχύ.			
7. Υπεύθυνη δήλωση που να αναγράφει «Δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη σχετική με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας» ή, στην αντίθετη περίπτωση, «Έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις».			
8. Παράβολο Δημοσίου 8€			
9. Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών Υγείας (ΦΕΚ 3477/Β/23-12-2014, άρθρο 17).			
10. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας (εξαιρούνται όσοι είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ή απόφοιτοι Κολεγίου, ή Ελληνικού Πανεπιστημίου, ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις (Αρ. Πρωτ. Γ4β/Γ.Π. 22837/05-05-2017 έγγραφο Υπουργείου Υγείας).			

Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία να φέρουν σφραγίδα της Χάγης (apostille) και μετάφραση από επίσημη Ελληνική αρχή.

ΧΡΟΝΟΣ: Εντός τριμήνου από την αναγγελία άσκησης του επαγγέλματος, η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύσει την άσκηση του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι το επάγγελμα ασκείται ελευθέρως (αρ.3 του Ν.3919/2011 – ΦΕΚ 32 Α/2-3-2011). Ο ενδιαφερόμενος στην προαναφερόμενη περίπτωση της σιωπηρής έγκρισης, μπορεί να ζητήσει σχετική βεβαίωση από την αρμόδια για την έκδοση της πράξης διοικητική αρχή, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 10 του Ν.3230/2004 (ΦΕΚ 44/Α/11-2-2004).