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 ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ»**

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. Άδειας Οδήγησης:*		
Αρ. Διαβατηρίου:*		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:*			Ιθαγένεια:		
Ημερομηνία Γέννησης:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:		Οδός:	Αρ.:	ΤΚ	
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:		ΤΚ	
Τηλ:		Fax:		E-mail:			

****** 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.

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος Διασώστη - Πληρώματος Ασθενοφόρου.

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:

…….. Ο/Η αιτών/ούσα
(ημερομηνία)

(Σφραγίδα -υπογραφή)

ΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(ΦΕΚ 1486/Β/16-07-2015 & ΦΕΚ 1729/Β/19-05-2017 & ΦΕΚ 805/Β/01-03-2021 & ΦΕΚ 1242/Β/21-02-2024)

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ
1. Αίτηση			
2. Αντίγραφο διπλώματος επαγγελματικής κατάρτισης του Ν. 2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» **ή** αντίγραφο Διπλώματος Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης, επιπέδου 5, ειδικότητας Ι.Ε.Κ. «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» του Ν. 4186/2013 (ΦΕΚ 193 Α΄) **ή** δίπλωμα αλλοδαπής αναγνωρισμένο ως ισότιμο και αντίστοιχο από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων. **Βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος χορηγείται επιπλέον**: **α)** στους κατόχους βεβαίωσης παρακολούθησης προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης πληρωμάτων ασθενοφόρου (Π.Ε.Κ.Π.Α.) του ΕΚΑΒ σε συνδυασμό με την αποδεδειγμένη τουλάχιστον δωδεκαετή (12ετή) προϋπηρεσία ως πλήρωμα ασθενοφόρου, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης των αντίστοιχων φορέων **(ισχύει μέχρι 31-12-2024). β)** στους κατόχους βεβαίωσης επαγγελματικής κατάρτισης (Β.Ε.Κ.), σε συνδυασμό με αποδεδειγμένη τουλάχιστον δεκαετή (10ετή) προϋπηρεσία ως πλήρωμα ασθενοφόρου, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης των αντίστοιχων Φορέων, δεδομένου ότι με την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων του ΕΚΑΒ σε συνδυασμό με την αποκτηθείσα εμπειρία εκ της μακρόχρονης απασχόλησης ως πλήρωμα ασθενοφόρου αναπληρώνεται η εκπαίδευση που παρέχεται με τη φοίτηση και αποφοίτηση στο ΙΕΚ του ΕΚΑΒ. **(ισχύει μέχρι 31-12-2024). γ)** στους εργαζόμενους με ειδικότητα πληρώματος ασθενοφόρου, με αποδεδειγμένη συνεχή προϋπηρεσία τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης από τους αντίστοιχους Φορείς.**(ισχύει μέχρι 31-12-2024). δ)** στους εργαζόμενους του ΕΚΑΒ κλάδου ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Τεχνικού (ειδικότητας Οδηγών) και ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρου, οι οποίοι μετατάχθηκαν στο ΕΚΑΒ από τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, κατ' εφαρμογή του Ν. 4254/2014 (ΦΕΚ Α΄ 85), υπό την προϋπόθεση της επιτυχούς φοίτησης στο ταχύρυθμο (μονοετές) πρόγραμμα του ΙΕΚ ΕΚΑΒ.**(ισχύει μέχρι 31-12-2024).**			
3. Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε δημοσίου εγγράφου πιστοποίησης της ταυτότητας του ενδιαφερομένου.			
4. Για τους ομογενείς από την Αλβανία που δεν είναι γραμμένοι στα μητρώα Δήμου απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητος Ομογενούς (ευκρινής φωτοτυπία).			
5. Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία απαιτούνται τα επίσημα έγγραφα που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17 και της παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 1975/1991.			
6. 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.			
7. Για τους αλλοδαπούς εκτός κρατών Ε.Ε. απαιτούνται α) Ευκρινής φωτοτυπία διαβατηρίου β) Άδεια διαμονής και εργασίας σε ισχύ.			
8. Αντίγραφο ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).		✓	
9. Δύο (2) ίδιες έγχρωμες φωτογραφίες διαστάσεων ταυτότητας.			
10. Παράβολο Δημοσίου 8,00 € (κωδικός 5015)			
11. 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).			