****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ**

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥ**

**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: «Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος διαιτολόγου-διατροφολόγου»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ**  **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):** Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο. | | | | | | | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ: |  | | | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | |  | | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ  ΠΑΤΕΡΑ: | | |  | | | | | ΑΔΤ: | |  | | |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: | |  | | ΟΔΟΣ: | |  | | ΑΡΙΘ: |  | | ΤΚ |  |
| Τηλ: | |  | | Fax: | |  | | E-mail: |  | | | |

**Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος διαιτολόγου-διατροφολόγου.**

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις1 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 παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.: 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας: 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: |

……………………….. Ο/Η αιτών/ούσα

(ημερομηνία)

(Σφραγίδα-υπογραφή)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. «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. Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος. |  |  |  |
| 2. Αντίγραφο πτυχίου Τ.Ε.Ι. ή απόφαση επαγγελματικής ισοτιμίας εκδοθείσα από το Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού με επίσημη μετάφραση, καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΙΤΕ ή ΔΟΑΤΑΠ). |  |  |  |
| 3. Αντίγραφο ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης\*. |  |  |  |
| 4. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7,63 €\*. |  |  |  |
| 5. Παράβολο χαρτοσήμου 29,35 €\*. |  |  |  |
| 6. Δύο (2) φωτογραφίες. |  |  |  |
| 7.Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε άλλου ταυτοποιητικού στοιχείου.  8.Βεβαιωση απόδοσης ΑΦΜ |  |  |  |
| 9. α) **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας** πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών και άδεια παραμονής και εργασίας.  β) **Για τους υπηκόους των Κρατών- Μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής.  γ) **Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο** απαιτείται δελτίο ταυτότητας, σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.  δ) **Για τους ομογενείς από Αλβανία** απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (ΕΔΤΟ). |  |  |  |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**  **\* Ελλείψει αντιγράφου ποινικού μητρώου, απαιτείται η προσκόμιση ενός ισοδύναμου εγγράφου που έχει εκδοθεί από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, από το οποίο να προκύπτει ότι οι απαιτήσεις ικανοποιούνται. Αν η χώρα καταγωγής ή προέλευσης δεν χορηγεί τέτοιο έγγραφο, τούτο είναι δυνατό να αντικατασταθεί από ένορκη βεβαίωση ή για τα κράτη όπου δεν υφίσταται η ένορκη δήλωση, με υπεύθυνη δήλωση η οποί υποβάλλεται από τον ενδιαφερόμενο ενώπιον της αρμόδιας δικαστικής ή διοικητικής αρχής ή κατά περίπτωση ενώπιον συμβολαιογράφου της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, οι οποίοι χορηγούν βεβαίωση περί παροχής της ενόρκου δηλώσεως ή της επισήμου δηλώσεως. Τα έγγραφα τα οποία εκδίδονται σύμφωνα με τα ανωτέρω, δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν μετά την πάροδο τριών μηνών από την ημερομηνία έκδοσής τους.**  **\*\* Υφίσταται η δυνατότητα εξ αποστάσεως πληρωμής του συνολικού χρηματικού ποσού σε λογαριασμό Τράπεζας, ο οποίος υποδεικνύεται κάθε φορά από το ηλεκτρονικό EKE-EUGO ή τα φυσικά πρόσωπα ΕΚΕ. Το αποδεικτικό κατάθεσης θα πρέπει να έχει αναγραμμένο το ονοματεπώνυμο του αιτούντος. Σε περίπτωση ηλεκτρονικής υποβολής αιτήματος το αποδεικτικό κατάθεσης υποβάλλεται σε ψηφιοποιημένη μορφή.** | | | |

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε., ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ 92/51, 89/48, ΤΩΝ Π.Δ. 231/98, Π.Δ. 165/2000 ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕ ΑΡ. 89034/ΙΑ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ (ΦΕΚ 2047/Β΄/14-09-2011).**

1. Αίτηση.
2. Ακριβές αντίγραφο της σχετικής απόφασης του Σ.Α.Ε.Π. (Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων), περί επιβολής αντισταθμιστικών μέτρων και του προσδιορισμού της διάρκειας της πρακτικής άσκησης.
3. Απλό φωτοαντίγραφο της δήλωσης του αιτούντα προς το Σ.Α.Ε.Π. με την οποία επελέγη το αντισταθμιστικό μέτρο της πρακτικής άσκησης προσαρμογής, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 14 του Π.Δ. 38/2010.
4. Υπεύθυνη δήλωση (Υ.Δ.) του Ν. 1599/86 του φορέα στον οποίο πραγματοποιείται η άσκηση, δηλαδή του προσώπου στο οποίο έχει εκδοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, ή του υπεύθυνου αντίστοιχου τμήματος νοσηλευτικού ιδρύματος, υπογεγραμμένη και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής. Στην Υ.Δ. θα αναφέρονται η ημερομηνία έναρξης της πρακτικής προσαρμογής, το όνομα του υπεύθυνου παρακολούθησης της άσκησης και το αντικείμενο στο οποίο αυτή θα πραγματοποιηθεί.
5. Βεβαίωση από τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα, περί δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης του ασκουμένου κατά του κινδύνου ατυχήματος.
6. Επικυρωμένο αντίγραφο της άδειας λειτουργίας του καταστήματος.
7. Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης προσκομίζεται:

Πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης (από τον εργοδότη).