****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

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

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**

**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 διασώστη-πληρώματος**

**ασθενοφόρου.»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. ΆδειαςΟδήγησης:\* |  |
| 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: |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΠΑΤΕΡΑ: |  | ΑΔΤ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |  | ΟΔΟΣ: |  | ΑΡΙΘ: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

**Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος διασώστη-**

**πληρώματος ασθενοφόρου.**

**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. Δύο (2) μικρές πρόσφατες φωτογραφίες. |  |  |  |
| 3. Αντίγραφο διπλώματος επαγγελματικής κατάρτισης OEEK επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν.2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης−Πλήρωμα Ασθενοφόρου» ή δίπλωμα της αλλοδαπής αναγνωρισμένο ως ισότιμο και αντίστοιχο από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης του ΥπουργείουΠολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων. |  |  |  |
| 4.Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ήδιαβατήριο. |  |  |  |
| **5.**α**.** Για τους υπηκόους των κρατών-μελών τηςΕυρωπαϊκής Ένωσης, απαιτούνται επιπλέονάδεια διαμονής από τις αρμόδιες υπηρεσίες τουΥπουργείου Εσωτερικών.β. Για τους αλλοδαπούς τρίτων χωρώναπαιτούνται επιπλέον άδεια παραμονής καιάδεια διαμονής και εργασίας στην Ελλάδα σεισχύ.γ**.** Για τους ομογενείς της Αλβανίας απαιτείταιΕιδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών.δ**.** Για τους ομογενείς της Κύπρου και τηςΤουρκίας και τα επίσημα έγγραφα που ορίζονταιαπό τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17(αλλοδαπός που επικαλείται την ιδιότητα τουομογενούς, υποχρεούται να δηλώσει τούτο κατάτην παρουσίαση του στην αρμόδια προςκαταγραφή αστυνομική αρχή, προσκομίζονταςκαι τα επίσημα έγγραφα, που αποδεικνύουν τονισχυρισμό του) και της παρ.2 του άρθρου 36(μέχρι να εκδοθούν τα προεδρικά διατάγματακαι οι υπουργικές αποφάσεις, που προβλέπονταιαπό τις διατάξεις του παρόντος εξακολουθούννα εφαρμόζονται οι αντίστοιχες σχετικέςδιατάξεις που ρυθμίζουν τα συναφή θέματα,εφόσον δεν αντίκεινται στον παρόντα νόμο) τουΝ. 1975/1991 |  |  |  |
| **6.** Αντίγραφο ποινικού Μητρώου ΓενικήςΧρήσης (τρίμηνης ισχύος) 6α.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».** |  | **Χ** |  |
| **7.** Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 7,63 €. |  |  |  |
| 8**.** Παράβολο Χαρτοσήμου 2,93 €.9. Βεβαίωση Απόδοσης Α.Φ.Μ |  |  |  |
| 10. Έναν ντοσιέ με λάστιχο.  |  |  |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:**

**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 δεκαπενταετή

(15ετή) προϋπηρεσία ως πλήρωμα ασθενοφόρου, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης των

αντίστοιχων Φορέων.

**β.** στους κατόχους βεβαίωσης επαγγελματικής κατάρτισης (Β.Ε.Κ.) σε συνδυασμό με αποδεδειγμένη

τουλάχιστον δωδεκαετή (12ετή) 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

**γ.** στους εργαζόμενους με ειδικότητα πληρώματος ασθενοφόρου, με αποδεδειγμένη συνεχή προϋπηρεσία

τουλάχιστον είκοσι (20) ετών, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης από τους αντίστοιχους

Φορείς.

**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.

**ε.** Τα ανωτέρω ισχύουν για όσους πληρούν την οριζόμενη προϋπηρεσία από την έναρξη ισχύος της

παρούσας απόφασης μέχρι την 30-07-2015.

Η ισχύς της παρούσας απόφασης αρχίζει από την δημοσίευση της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως

16 Ιουλίου 2015