****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

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

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΑΠΟ Ε.Ε.**

**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 νοσηλευτή/νοσηλεύτριας από Ε.Ε.»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 νοσηλευτή/νοσηλεύτριας από Ε.Ε.**

**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 πιστοποιητικού ή άλλου τίτλου από εκείνους που μνημονεύονται στο αρθρ. 5 του Π.Δ. 40/86 (ΦΕΚ 14/Α΄/86) για την άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή υπεύθυνου για γενική περίθαλψη. |  |  |  |
| 4. Να συγκεντρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις καταρτίσεως ή τους άλλους όρους που προβλέπονται από την Οδηγία της Ε.Ε. 2001/19 για την απόκτηση διπλωμάτων, πιστοποιητικών ή άλλων τίτλων του νοσοκόμου για γενική περίθαλψη (επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αρ. Ν. 176/8/15-07-77). |  |  |  |
| 5. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή άλλο στοιχείο με ίδια ισχύ που θα εκδοθεί από την αρμόδια υπηρεσία του κράτους προέλευσης (το πιστοποιητικό αυτό δεν πρέπει να έχει ημερομηνία έκδοσης μεγαλύτερη του τριμήνου). |  |  |  |
| 6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της ελληνικής γλώσσας για την άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή, αναλαμβάνοντας δια τούτης την προσωπική ευθύνη. |  |  |  |
| 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. Βεβαίωση Απόδοσης Α.Φ.Μ |  |  |  |
| 9.Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 8€. |  |  |  |
| 10. Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους προέλευσης ότι ο υποψήφιος έχει επιδοθεί πραγματικά και νόμιμα στις δραστηριότητες νοσηλευτή γενικών καθηκόντων και για πόσο διάστημα χωρίς να του έχει αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό και ότι δεν διώκεται πειθαρχικά, με σφραγίδα Χάγης (επίσημα μεταφρασμένα) |  |  |  |
| 11. Πρωτότυπη βεβαίωση εγγραφής από το οικείο περιφερειακό τμήμα της Ε.Ν.Ε. (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος). |  |  |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:**

Τα ανωτέρω έγγραφα που είναι ξενόγλωσσα πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα με θεώρηση της υπογραφής τους από το οικείο Ελληνικό Προξενείο και να συνοδεύονται από επίσημες μεταφράσεις στην Ελληνική γλώσσα.