****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

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

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗ**

**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 οδοντοτεχνίτη»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 οδοντοτεχνίτη.**

**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** |
| Α. **Για κατόχους τίτλων σπουδών ΤΕΙ** |  |  |  |
| 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 από το Υπουργείο Εξωτερικών 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. Δύο (2) μικρές πρόσφατες φωτογραφίες. |  |  |  |
| 1. Επικυρωμένη φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε ταυτοποιητικού στοιχείου. 2. Βεβαίωση Απόδοσης Α.Φ.Μ |  |  |  |
| 8. 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). |  |  |  |
| **Β. Για κατόχους τίτλου σπουδών, πτυχίου Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου (ΤΕΛ) ή ΤΕΕ Β΄ κύκλου ή ισότιμου πτυχίου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ειδικότητας οδοντοτεχνίτη, ή πτυχίου τεχνικών επαγγελματικών σχολών (νέου τύπου) διάρκειας δύο (2) ετών ειδικότητας οδοντοτεχνίτη ή ΤΕΕ Α΄κύκλου ή πτυχίου Δευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΕΠΑΣ) για όσους αποφοίτησαν έως και το ακαδημαϊκό έτος 2007-2008 ή απόφασης αναγνώρισης επαγγελματικής εκπαίδευσης - απόφασης αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων με βάση τις διατάξεις των Κοινοτικών Οδηγιών, απαιτείται:** | | | |
| 1. Όλα τα ανωτέρω της περίπτωσης Α. και επιπλέων : |  |  |  |
| 2. Απόσπασμα ατομικού λογαριασμού ασφάλισης ΙΚΑ ή πιστοποιητικό αντίστοιχου φορέα άλλης χώρας, εφόσον η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην αλλοδαπή, σύμφωνα με την παρ.3 του άρθρου 1 του Ν. 1666/1986. |  |  |  |
| 3. Υπεύθυνη δήλωση για το χρονικό διάστημα πρακτικής άσκησης του ενδιαφερόμενου |  |  |  |
| 4. Φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη του υπεύθυνου εκπαιδευτή |  |  |  |
| 5. Φωτοαντίγραφο της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου στο οποίο ασκήθηκε ο ενδιαφερόμενος. |  |  |  |
| **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.** | | | |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

1) Όσοι φοιτούσαν πριν το 1986, χρειάζονται 2 έτη ένσημα (600 ένσημα) μετά την απόκτηση του πτυχίου.

2) Όσοι φοίτησαν μετά το 1986 θέλουν 3 έτη ένσημα (900 ένσημα).

**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 προσκομίζονται:

Πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης (από τον εργοδότη).