****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ**

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΒΟΗΘΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ**

**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 βοηθού φαρμακοποιού»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 βοηθού φαρμακοποιού.**

**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**

1. Υπεύθυνη δήλωση «Δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας» ή σε αντίθετη περίπτωση « …. Έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις……».
2. Υπεύθυνη δήλωση «α) δεν έχω παραπεμφθεί σε ποινική δίκη για πλημμέλημα ή κακούργημα με απευθείας κλήση ή βούλευμα της τελευταίας πενταετίας και β) δεν έχει ασκηθεί σε βάρος μου ποινική δίωξη για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη από την εισαγγελική αρχή του τόπου κατοικίας μου ούτε από άλλη εισαγγελική αρχή της χώρας».
3. Βεβαίωση επιτυχίας της εξεταστικής επιτροπής.
4. Δύο (2) φωτογραφίες πρόσφατες.
5. Παράβολο δημοσίου ταμείου 8 ευρώ.
6. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
7. Βεβαίωση απόδοσης Α.Φ.Μ