****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

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

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

**ΒΟΗΘΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ**

**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 νοσηλευτή/νοσηλεύτριας»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 βοηθού νοσηλευτή/νοσηλεύτριας.**

**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. Πτυχίο1 (επίσημο αντίγραφο τίτλου σπουδών). Τα ξενόγλωσσα2 πρέπει να είναι επικυρωμένα από την Πρεσβεία της εκάστοτε χώρας, να έχουν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα από το Υπουργείο Εξωτερικών και αναγνώριση πτυχίου από τον ΟΕΕΚ ως ισότιμου με ΙΕΚ ή ΤΕΕ Α΄ ή Β΄ κύκλου. |  |  |  |
| 4. Βεβαίωση πιστοποίησης επαγγελματικής κατάρτισης (ΟΕΕΚ). |  |  |  |
| 5. Βεβαίωση διπλώματος (ΟΕΕΚ). |  |  |  |
| 6. Βεβαίωση αναγνώρισης προϋπηρεσίας (ΟΕΕΚ) για όσους έχουν 6μηνη πρακτική. |  |  |  |
| 7. Βεβαίωση (από Ιδιωτικά Νοσοκομεία ή Ν.Π.Ι.Δ. ή Ν.Π.Δ.Δ.) 3μηνης πρακτικής άσκησης\* ή 6μηνης προαιρετικής άσκησης\* πριν από την Πιστοποίηση. |  |  |  |
| 8. Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας που δεν προέρχονται από κράτη-μέλη της Ε.Ε., Πιστοποιητικό Αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών. |  |  |  |
| 9. Για πτυχιούχους του εξωτερικού απαιτείται επιπρόσθετα Βεβαίωση της πρακτικής άσκησης που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα. |  |  |  |
| 10. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατήριο ή δίπλωμα οδήγησης ή βιβλιάριο υγείας σε ισχύ ή πρόσφατο Πιστοποιητικό Γέννησης.  11. Βεβαίωση Απόδοσης Α.Φ.Μ |  |  |  |
| 12. Για αλλοδαπούς και ομογενείς απαιτούνται επιπλέον άδεια παραμονής και άδεια εργασίας στην Ελλάδα σε ισχύ. |  |  |  |
| 13. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου.  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».** |  |  |  |
| 14. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 8€. & 3€ αντί χαρτοσήμου |  |  |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:**

**1)** Τα πτυχία βάσει των οποίων μπορεί κάποιος να εκδώσει Α.Α.Ε. βοηθού νοσηλευτή/ νοσηλεύτριας:

* **Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.** (φωτοαντίγραφο πτυχίου επικυρωμένο από τη Σχολή και πρωτότυπη βεβαίωση 6μηνης πρακτικής άσκησης\* σε Δημόσιο Νοσοκομείο). Είναι ισότιμο με ΤΕΕ Α΄ κύκλου.
* **ΤΕΛ** νοσηλευτικής κατεύθυνσης (φωτοαντίγραφο πτυχίου επικυρωμένο από τη Σχολή και πρωτότυπη βεβαίωση 6μηνης πρακτικής άσκησης\* σε Δημόσιο Νοσοκομείο).
* **Επιπέδου 2 (ΤΕΕ Α΄κύκλου) Β. Νοσηλευτών:** πρωτότυπο αποδεικτικό πτυχίου και βεβαίωση 12μηνης πρακτικής άσκησης\* σε Δημόσιο Νοσοκομείο.
* **Επιπέδου 3 (ΤΕΕ Β΄ κύκλου) Β. Νοσηλευτών**: πρωτότυπο αποδεικτικό πτυχίου και βεβαίωση 6μηνης πρακτικής άσκησης\* σε Δημόσιο Νοσοκομείο.
* **Δίπλωμα ΙΕΚ** Επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης ειδικοτήτων «Νοσηλευτική Τραυματολογία», «Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων», «Νοσηλευτική Χειρουργείου», «Νοσηλευτική Ατόμων Με Ψυχικές Παθήσεις», «Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», «Βοηθός Τραυματολογίας Ορθοπεδικής» και «Βοηθός Ειδικής Νοσηλευτικής» και 3μηνη πρακτική άσκηση ή βεβαίωση από ΟΕΕΚ ότι έκανε 6μηνη προαιρετική άσκηση πριν την πιστοποίηση.
* **ΕΠΑΛ και ΕΠΑΣ με** 6μηνη πρακτική άσκηση\* από Δημόσιο Νοσοκομείο.

1. α) Για πτυχιούχους από Ε.Ε., σύμφωνα με την οδηγία 92/51 της Ε.Ε.

β) Για πτυχιούχους Ρωσίας, ισοτιμία του πτυχίου τους και πρακτική άσκηση την οποία μπορεί να έχουν στη Ρωσία, επίσημη μετάφραση και επικυρωμένο φωτοαντίγραφο βιβλιαρίου εργασίας.

1. **Υπάλληλοι Δημοσίου Νοσοκομείου:** Οι πρακτικοί νοσοκόμοι (ταχύρρυθμα ΤΕΕ Α΄ κύκλου), υπηρετούντες ΥΕ βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού (Β. θαλάμων, Τραυματιοφορείς, Φύλακες ασθενών κ.λ.π.) φέρουν βεβαίωση χρόνου υπηρεσίας από Δημόσιο Νοσοκομείο (ισόχρονη με την απαιτούμενη άσκηση) από το γραφείο προσωπικού.
   1. Όσοι κατά τη δημοσίευση (09/08/2001) έχουν συμπληρώσει την απαιτούμενη πρακτική άσκηση:
      1. Υπηρετώντας σε ιδιωτικές κλινικές.
      2. Μέσω προγράμματος ΟΑΕΔ.
      3. Έχουν ήδη πραγματοποιήσει σε δημόσια νοσοκομεία.
2. Όσοι έχουν συμπληρώσει την απαιτούμενη πρακτική άσκηση:
   1. Υπηρετώντας σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου σε θέση ΔΕ πρακτικού Νοσοκόμου.
   2. Υπηρετώντας σε Προνοιακά Ιδρύματα σε θέση ΔΕ πρακτικών Νοσοκόμων.
   3. Υπηρετώντας σε Προνοιακά Ιδρύματα Δημόσια ή Ιδιωτικά σε θέση ΔΕ βοηθών Νοσηλευτών.

1.ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

2.ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΠΠΕΠ

3.ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΚ

4.ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

5. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΚΑΝΑΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΥΤΗ