**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

### **(άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 του Ν.2690/1999)**

**Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών**

**(άρθρο 8 παρ. 4 του Ν. 1599/1986)**

**Περιγραφή αιτήματος:**

**«Αναγγελία έναρξης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείου – ακτινοφυσικού ιατρικής»**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Προς:** | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ | | | | | |
| **Παρακαλώ για την χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος** φυσικού νοσοκομείου - ακτινοφυσικού ιατρικής | | | | | | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΟΥΣΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ** | | | | | | |
| **Ο / Η Όνομα:** | |  | **Επώνυμο:** |  | | |
| **Όνομα Πατέρα:** | |  | **Επώνυμο Πατέρα:** |  | | |
| **Όνομα Μητέρας:** | |  | **Επώνυμο Μητέρας:** |  | | |
| **Α.Δ.Τ. ή Αρ.Διαβ.:** | |  | **Αρχή έκδοσης:** |  | | |
| **Α.Φ.Μ.:** | |  | **Επώνυμο Συζύγου:** |  | | |
| **Ημ/νία Γέννησης:** | |  | **Τόπος Γέννησης:** |  | | |
| **Τόπος Κατοικίας:** | |  | **Οδός :** |  | Αριθ.: |  |
| **T.K.:** | |  | **Τηλ.:** |  | | |
| **Δ/νση**  **Ηλεκτρ. Ταχυδ.**  **(E-mail):** | |  | **Κινητό:** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):** Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο. | | | | | |
| **Ο / Η Όνομα:** |  | **Επώνυμο:** |  | | |
| **Όνομα Πατέρα:** |  | **Επώνυμο Πατέρα:** |  | | |
| **Α.Δ.Τ. ή Αρ.Διαβ.:** |  | **Αρχή έκδοσης:** |  | | |
| **Τόπος Κατοικίας:** |  | **Οδός :** |  | Αριθ.: |  |
| **T.K.:** |  | **Τηλ.:** |  | | |
| **Δ/νση**  **Ηλεκτρ. Ταχυδ.**  **(E-mail):** |  | **Κινητό:** |  | | |

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. Τα αντίγραφα που καταθέτω είναι ακριβή και όμοια με τα πρωτότυπα που κατέχω και τα στοιχεία, τα οποία αναγράφονται στα σχετικά συνημμένα, είναι αληθή.
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. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

|  |
| --- |
| **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 το ΚΕΠ ………………………………………………………… (στοιχεία του ΚΕΠ). 4. Να την παραλάβει από την υπηρεσία μας εκπρόσωπός σας: …………………………………………….. (ονοματεπώνυμο). |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ………………………  ημερομηνία | **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ** |
|  | (Σφραγίδα-υπογραφή) |
|  |  |
|  |  |

*1Όποιος 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 εαυτόν 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 ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| **1.** Δύο (2) ίδιες πρόσφατες φωτογραφίες μεγέθους ταυτότητας |  |  |  |
| **2.** Υπεύθυνη Δήλωση, στην οποία θα αναφέρεται, ότι: «δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, κιβδηλεία, παραχάραξη, για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών, ανθρωποκτονία από πρόθεση, παιδοκτονία, αρπαγή προσώπου, εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας, εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αισχροκέρδεια». |  |  |  |
| **3.** Παράβολο Δημοσίου οκτώ (8 €) ευρώ |  |  |  |
| **4.** Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας, ή οποιουδήποτε ταυτοποιητικού στοιχείου.  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). |  |  |  |
| **5.** Αντίγραφο πτυχίου Φυσικής Πανεπιστημίου της Ελλάδας ή Δίπλωμα αποφοίτου της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π. με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής, ή ισότιμων σχολών άλλης χώρας.  Για κατόχους διπλώματος της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π. με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής απαιτείται και πιστοποιητικό της Σχολής από το οποίο θα προκύπτει η κατεύθυνση.  Για πτυχιούχους σχολών άλλης χώρας απαιτείται και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ). |  |  |  |
| **6.** Αντίγραφο μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Ιατρική Ακτινοφυσική της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής, διάρκειας τουλάχιστον ενός (1) έτους. Ο μισός κατ΄ ελάχιστο χρόνος της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης θα πρέπει να αφορά εκπαίδευση στην Ιατρική Ακτινοφυσική (Φυσική της Ακτινοθεραπείας, Φυσική της Ακτινοδιαγνωστικής και Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής).  Ο μεταπτυχιακός τίτλος αποτελεί προϋπόθεση για  την έναρξη της εκπαίδευσης.  Για τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (διπλώματος) της αλλοδαπής απαιτείται και πράξη ισοτιμίας αυτού προς τα απονεμόμενα από τα Ελληνικά Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ). |  |  |  |
| **7.** Βεβαίωση Νοσηλευτικού Ιδρύματος της Ελλάδας ή άλλης χώρας, με την οποία βεβαιώνεται η πραγματοποίηση πρακτικής άσκησης διάρκειας δώδεκα (12) μηνών, ως εξής: - Τέσσερις (4) μήνες στη Φυσική της Ακτινοθεραπείας, τέσσερις (4) μήνες στη Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής και τέσσερις (4) μήνες στη Φυσική της Ακτινοδιαγνωστικής και λοιπών συστημάτων απεικόνισης. - Θα πρέπει να αναγράφονται τα ακριβή χρονικά διαστήματα κάθε μέρους της πρακτικής άσκησης (αρχή και τέλος κάθε μέρους της άσκησης). - Πρακτική άσκηση πριν από την παρακολούθηση του μεταπτυχιακού προγράμματος δεν προσμετράται. - Η βεβαίωση πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον Διευθυντή της μονάδας ή του Τμήματος Ιατρικής Φυσικής, να φέρει αριθμό πρωτοκόλλου και ημερομηνία έκδοσης, καθώς και θεώρηση για τη γνησιότητα της υπογραφής και το ακριβές του περιεχομένου, ως προς τον χρόνο πρακτικής άσκησης του υποψηφίου, από τον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσηλευτικού Ιδρύματος. |  |  |  |
| **8.** Αντίγραφο του προγράμματος σπουδών του μεταπτυχιακού τμήματος (Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας). |  |  |  |