**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 άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή/νοσηλεύτριας»**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Προς:** | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ | | | | | |
| **Παρακαλώ για την χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος** νοσηλευτή/νοσηλεύτριας | | | | | | |
| **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.** Έντυπο Παράβολο Δημοσίου οκτώ (8 €) ευρώ. |  |  |  |
| **4.** Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε ταυτοποιητικού στοιχείου. |  |  |  |
| **5.** Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας, που δεν προέρχονται από κράτη-μέλη της Ε.Ε., Πιστοποιητικό Αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών. |  |  |  |
| **6.** Για αλλοδαπούς και ομογενείς απαιτούνται επιπλέον άδεια παραμονής και άδεια εργασίας στην Ελλάδα σε ισχύ. |  |  |  |
| **7.** Πτυχίο (επίσημο αντίγραφο τίτλου σπουδών):  **α)** πτυχίο προερχόμενο από Ελληνικό Πανεπιστήμιο,  **β)** για πτυχιούχους από μη κράτος της Ε.Ε. απαιτείται πτυχίο με επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα από το Υπουργείο Εξωτερικών,  **γ)** για πτυχιούχους από κράτη της Ε.Ε. απαιτείται  πτυχίο, Πιστοποιητικό άσκησης Κρατικής Εξέτασης που προβλέπεται από τα άρθρα 10,31,32,33 της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 2005/36/ΕΚ της Ε.Ε., βεβαίωση από την Αρχή του τόπου ότι το πτυχίο τους και το πιστοποιητικό είναι σύμφωνα με την οδηγία 2005/36/ΕΚ Ε.Ε.. Όλα τα ανωτέρω πρέπει να φέρουν σφραγίδα APOSTILLE από την Αρχή του τόπου προέλευσης  και να είναι  μεταφρασμένα  από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο.  Αντί πρωτοτύπων ή επικυρωμένων αντιγράφων, υποβάλλονται ευκρινή φωτοαντίγραφα των πρωτότυπων εγγράφων. Ομοίως υποβάλλονται αντίγραφα ιδιωτικών εγγράφων και αντίγραφα εγγράφων που έχουν εκδοθεί από αλλοδαπές αρχές, αφού έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο. |  |  |  |
| **8.** Πρωτότυπη βεβαίωση εγγραφής από το οικείο περιφερειακό τμήμα της Ε.Ν.Ε. (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος). Εξαιρούνται οι απόφοιτοι της Ανωτέρας Σχολής Νοσηλευτριών του Ερυθρού Σταυρού, οι οποίοι αποφοίτησαν από το 1993 έως και το 2013. |  |  |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:**

- Άδειες άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτών/ Νοσηλευτριών Τ.Ε. & Π.Ε. χορηγούνται σε πτυχιούχους:

* Τ.Ε.Ι. ή ισότιμα και ομοταγή προς αυτά
* Α.Ε.Ι. ή ισότιμα και ομοταγή προς αυτά
* Στρατιωτική σχολή Σ.Α.Ν.
* Σχολή Ερυθρού Σταυρού