**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 Διασώστη – Πλήρωμα Ασθενοφόρου»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προς:** | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  |
| Παρακαλώ για την χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης **επαγγέλματος Διασώστη – Πλήρωμα Ασθενοφόρου**  |
| **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 ευρώ (8€)  |  |  |  |
| **4.** Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε ταυτοποιητικού στοιχείου. |  |  |  |
| **5.** Οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε. ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων υποβάλλουν επιπλέον βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε., ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής-κάρτα ευρωπαίου πολίτη (άρθρο 42 του ν. 4071/2012 ΦΕΚ Α’ 85), ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα, ή δελτίο μόνιμης διαμονής, ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 82,83, 84,85,87 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’80), ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88, 97, 106 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’80), ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’80), αντίγραφο μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρα 114 και 120 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’80), ή αντίγραφο δεκαετούς άδειας παραμονής (άρθρο 138 του ν. 4251/2014 ΦΕΚ Α’80), ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα ή Ελληνίδα (άρθρο 12 του ν. 4356/2015 ΦΕΚ Α’ 181 και άρθρο 3 του ν. 4443/2016 ΦΕΚ Α’ 232). Για ομογενείς και αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας απαιτούνται επιπλέον άδεια παραμονής και άδεια εργασίας στην Ελλάδα σε ισχύ. |  |  |  |
| **6.** Αντίγραφο διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. (Ν. 2009/1992) επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης της ειδικότητας «Διασώστης-Πλήρωμα Ασθενοφόρου»  **ή** δίπλωμα του εξωτερικού αναγνωρισμένο ως ισότιμο και αντίστοιχο από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης του Υπουργείου Πολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων**ή** βεβαίωση παρακολούθησης προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης πληρωμάτων ασθενοφόρου (Π.Ε.Κ.Π.Α.) του ΕΚΑΒ, σε συνδυασμό με αποδεδειγμένη τουλάχιστον δεκαπενταετή (15ετή) προϋπηρεσία ως πλήρωμα ασθενοφόρου, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης των αντίστοιχων φορέων**ή** βεβαίωση επαγγελματικής κατάρτισης (Β.Ε.Κ.), σε συνδυασμό με αποδεδειγμένη τουλάχιστον δωδεκαετή (12ετή) προϋπηρεσία ως πλήρωμα ασθενοφόρου, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης των αντίστοιχων φορέων **ή** αποδεδειγμένη συνεχής προϋπηρεσία τουλάχιστον είκοσι (20) ετών, με την προσκόμιση βεβαίωσης κύριας ασφάλισης από τους αντίστοιχους φορείς (για όσους εργάζονται με ειδικότητα πληρώματος ασθενοφόρου)**ή** βεβαίωση επιτυχούς φοίτησης στο ταχύρρυθμο (μονοετές) πρόγραμμα του ΙΕΚ ΕΚΑΒ (για τους εργαζόμενους του ΕΚΑΒ κλάδου ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Τεχνικού (ειδικότητας Οδηγών) και ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρου, οι οποίοι μετατάχθηκαν στο ΕΚΑΒ από τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, κατ’ εφαρμογή του Νόμου 4254/2014 (ΦΕΚ Α΄ 85).**Σημείωση 1**: Η οριζόμενη προϋπηρεσία (υπογραμμισμένη πιο πάνω) πρέπει να συμπληρώνεται από 16-07-2015 μέχρι 30−07−2015.**Σημείωση 2**: Όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα πρέπει να είναι **επικυρωμένα από δικηγόρο** και να συνοδεύονται από **επίσημη μετάφραση**. |  |  |  |

**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. Φωτοτυπία 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 ασκούμενου κατά του κινδύνου ατυχήματος.
6. Φωτοτυπία της άδειας λειτουργίας του καταστήματος.
7. Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης προσκομίζεται πιστοποιητικό άσκησης από τον εργοδότη.