



Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 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 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος Φυσικού Νοσοκομείου - Ακτινοφυσικού Ιατρικής».

Προς⁽¹⁾:	Τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέρимνας της Περιφερειακής Ενότητας Ιωαννίνων – Τμήμα Κοινωνικής Αλληλεγγύης	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<input type="text"/>	.../.../20...
Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνομα:				Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ.:			Αριθ. Άδειας Οδήγησης:		
Αριθ. Διαβατηρίου:			Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:			Ιθαγένεια:		
Ημερομηνία γέννησης ² : (μορφής ηη/μμ/εεεε)				Τόπος γέννησης:				
Τόπος κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αριθ:	T.K.:			
Τηλ:	Φαξ:	Email:						

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽³⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:				ΕΠΩΝΥΜΟ:				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:				
ΟΔΟΣ:			ΑΡΙΘ:			T.K.:		
Τηλ:	Fax:	E – mail:						

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽⁴⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος Φυσικού Νοσοκομείου - Ακτινοφυσικού Ιατρικής. ⁽⁵⁾

Ημερομηνία: .../.../20...
Ο/Η Αιτ.

(Υπογραφή)