



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ  
ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ  
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. 1595/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος διασώστη-πληρώματος ασθενοφόρου.

|       |  |                        |            |
|-------|--|------------------------|------------|
| ΠΡΟΣ: | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ<br>Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ<br>Τμήμα : Υπηρεσιών & Επαγγελματιών<br>Υγείας | ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|       |  |                        |            |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

|                            |       |                              |       |         |
|----------------------------|-------|------------------------------|-------|---------|
| Όνομα:                     |       | Επώνυμο:                     |       |         |
| Όνομα<br>Πατέρα:           |       | Επώνυμο<br>Πατέρα:           |       |         |
| Όνομα<br>Μητέρας:          |       | Επώνυμο<br>Μητέρας:          |       |         |
| Αριθ. Δελτ.<br>Ταυτότητας: |       | Α.Φ.Μ.                       |       |         |
| Αρ.<br>Διαβατηρίου:        |       | Αρ.<br>Βιβλιαρίου<br>Υγείας: |       |         |
| Αρ. Αδειας<br>Οδήγησης:    |       | Ιθαγένεια:                   |       |         |
| Ημερομηνία<br>Γέννησης:    |       | Τόπος<br>Γέννησης:           |       |         |
| Τόπος<br>Κατοικίας:        | Χώρα: | Πόλη:                        | Οδός: |         |
|                            |       |                              | Αρ.:  | TK      |
| Τηλ:                       |       | Fax:                         |       | E-mail: |

Συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

|   |  |          |       |         |
|---|--|----------|-------|---------|
| ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ <sup>1</sup> (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<br>ΠΑΤΕΡΑ:  |  | ΑΔΤ:     |       |         |
| ΤΟΠΟΣ<br>ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:   |  | ΟΔΟΣ:    | ΑΡΙΘ: | TK      |
| Τηλ:  |  | Fax:     |       | E-mail: |

Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος διασώστη-πληρώματος ασθενοφόρου.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>1</sup> 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:

.....  
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

1. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 3 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».