



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ  
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. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΠΡΟΣ:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Τμήμα: Υπηρεσιών & Επαγγελματιών Υγείας	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.	
Αρ. Διαβατηρίου:*		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:*	
Ημερομηνία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:
Τηλ:		Fax:	
		E-mail:	
		Αρ. Αδειας Οδήγησης:*	
		Ιθαγένεια:	
		Αρ.:	T.K.

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>1</sup>** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΟΔΟΣ:	
Τηλ:		Fax:	
		ΑΡΙΘ:	TK
		E-mail:	

Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ.

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 8 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».

**ΧΡΟΝΟΣ:** Εντός τριμήνου από την αναγγελία άσκησης του επαγγέλματος, η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύσει την άσκησή του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι το επάγγελμα ασκείται ελεύθερα (αρ. 3 του Ν. 3919/2011-ΦΕΚ 32/Α72-3-2011). Ο ενδιαφερόμενος, στην προαναφερόμενη περίπτωση της σιωπηρής έγκρισης, μπορεί να ζητήσει σχετική βεβαίωση από την αρμόδια για την έκδοση της πράξης διοικητική αρχή, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 10 του Ν. 3230/2004 (ΦΕΚ 44/Α711-2-2004).

**Κόστος:** 38,00 €.

Διάρκεια τήρησης αρχείου βεβαιώσεων και πιστοποιητικών:  
Έξι (6) μήνες (άρθρο 13 του Ν. 3491/2006, ΦΕΚ 207/Α72-10-2006).