

**ΔΥ64****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:
«ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Σ.Υ. ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ»

Προς:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ			
Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Α.Δ.Τ.ή Αρ.Διαβατηρ.:		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:	
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Κινητό Τηλ.:	
Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽¹⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):			
Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax:	
Α.Δ.Τ.:		(1)Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις² που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και σας παρακαλώ να με παραπέμψετε στο Κ.Ε.Σ.Υ. προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις για την απόκτηση άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιοού περιόδου

(Πόλη - Ημερομηνία).....

(υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Η υποβολή δικαιολογητικών γίνεται στην οικεία Περιφέρεια (ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του φοιτητή).

ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ

1. Αντίγραφο πτυχίου
2. Ένορκες Βεβαιώσεις επικυρωμένες από την οικεία Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας της έδρας του φαρμακείου, στις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της ασκήσεως και η επί εξάωρο καθημερινή άσκηση.
3. Βεβαίωση νοσοκομείου επικυρωμένη από την οικεία Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας.
4. Παράβολο 12 ευρώ από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων Αθηνών (Ακαδημίας 40).
5. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής στην οικεία Διεύθυνση Περιφέρειας.

ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

1. Βεβαίωση αναγνώρισεως πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ
2. Πιστοποιητικό ασκήσεως σε φαρμακείο της αλλοδαπής όπου θα αναγράφεται αναλυτικά
 - Ο χρόνος άσκησης, θα φέρει υπογραφή του ασκούμενου φαρμακοποιού, θεώρηση από τον πρόεδρο του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου, σφραγίδα της Χάγης ή του οικείου ελληνικού προξενείου αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει σε χώρα που δεν ανήκει στην Ε.Ε.
 - Το πιστοποιητικό θα είναι επίσημα μεταφρασμένο .
 - Αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην Ελλάδα ισχύουν τα 2 & 3 όπως στους φοιτητές εσωτερικού.
3. Παράβολο 12 ευρώ από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων Αθηνών (Ακαδημίας 40).
4. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής, αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην Ελλάδα.
5. Λογαριασμός ΔΕΗ.

1. 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.

2. «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».

Τ.Ε.10/15