



ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ: «ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΕΝΟΡΚΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ/ ή ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ».

ΠΡΟΣ: (1)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ –ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:		
Ο-Η Όνομα		Επώνυμο:
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:		
Ημερομηνία Γέννησης ⁽²⁾ :		
Τόπος Γέννησης:		
ΑΦΜ:		Επώνυμο συζύγου:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ.:
Τόπος Κατοικίας	Οδός:	Αριθ.:
		T.K.:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail):

ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)			
Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:	
Τόπος κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Φαξ:	
ΑΔΤ:		Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την ανωτέρω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22, του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η Αρχή ή η Υπηρεσία του Δημόσιου Τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) 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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.

Παρακαλώ να επικυρώσετε τη με αριθμό.....ένορκη βεβαίωση του/της
Φαρμακοποιού.....ή τη με
αριθμ. πρωτ..... βεβαίωση Νοσοκομείου, προκειμένου να λάβω μέρος στις
εξετάσεις για την άδεια άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού.

Συνημμένα καταθέτω:

α/α	ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1.	Ένορκη βεβαίωση φαρμακοποιού.		
2.	Βεβαίωση νοσοκομείου.		
3.	Τετράδιο πρακτικής άσκησης.		

Ημερομηνία20.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η Αρχή ή η Υπηρεσία του Δημόσιου Τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) 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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.