



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΥ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ..... <i>(Συμπληρώστε την Π.Ε. στην οποία απευθύνεστε)</i>	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>	

Παρακαλώ για την αντικατάστασή μου ως υπευθύνου στο φαρμακείο μου που βρίσκεται στη Δημοτική Ενότητα του Δήμου και επί της οδού από τον επιστήμονα φαρμακοποιό κατά το χρονικό διάστημα από/...../..... έως/...../..... λόγω

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ:

Ο - Η Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :					
Τόπος Γέννησης:					
ΑΔΤ:	ΑΦΜ:	Τηλέφωνα:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις¹ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1..Εξουσιοδοτώ την υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

2.....»

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 το ΚΕΠ (στοιχεία του ΚΕΠ).
4. Να την παραλάβει από την υπηρεσία μας εκπρόσωπός σας: (ονοματεπώνυμο).

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Φωτοτυπία πτυχίου ΑΕΙ τμήματος Φαρμακευτικής (να επιδεικνύεται το πρωτότυπο). Τα πτυχία του εξωτερικού -από μη κράτος της Ε.Ε.- πρέπει να είναι επικυρωμένα από δικηγόρο, να έχουν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτών εκδοθείσα από την αρμόδια υπηρεσία αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ). Για πτυχιούχους από κράτη-μέλη της Ε.Ε.: αντίγραφο πτυχίου και άδεια άσκησης επαγγέλματος από τη χώρα λήψης πτυχίου σύμφωνα με το άρθρο 44 και το Παράρτημα 5.6.1 και 5.6.2 της Οδηγίας 2005/36/ΕΚ , επίσημα σφραγισμένα από την Αρχή του τόπου προέλευσης (Σφραγίδα Χάγης-Apostille) και επίσημα μεταφρασμένα ή απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας ή ισοδυναμίας επαγγελματικών προσόντων Φαρμακοποιού του Συμβουλίου Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων (ΣΑΕΠ).			
2. Αντίγραφο άδειας/βεβαίωσης νόμιμης άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα.			
3. Ευκρινής φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.			
4. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου γενικής χρήσης του τελευταίου τριμήνου (αναζητείται αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία).		✓	
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 (βλ. επόμενη σελίδα).			



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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε.						
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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

α) Δέχομαι να αντικαταστήσω κατά το χρονικό διάστημα από .../.../..... έως .../.../..... τον αδειούχο υπεύθυνο φαρμακοποιό στο φαρμακείο του που βρίσκεται στη Δημοτική Ενότητα του Δήμου και επί της οδού Αναλαμβάνω όλες τις ευθύνες της διεύθυνσεως του φαρμακείου του.

β) Δε διώκομαι ως φυγόποινος ή φυγόδικος σε καμία εισαγγελία της χώρας.

γ) Δε μου έχει ανακληθεί η άδεια φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης ή εργαστηρίου για παραβάσεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας.

δ) Δεν παίρνω πλήρη σύνταξη από το δημόσιο, ΤΣΑΥ/ΕΤΑΑ ή από οποιονδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

ε) Δε λαμβάνω σύνταξη για λόγους υγείας και δεν έχω συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης.

στ) Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και δε διευθύνω άλλο φαρμακείο ή φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων.

Ημερομηνία: / / 20

Ο - Η Δηλ.

(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 εαυτόν 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 την δηλούσα.