



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

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

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

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος βοηθού οδοντίατρου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης:					
Τόπος Γέννησης:					
ΑΔΤ:	ΑΦΜ:	Τηλέφωνα:			
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:		Αριθ:	TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση 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).

Ο/Η αιτών/ούσα

.....
(ημερομηνία)

(υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕ- ΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος.			
2. Δύο (2) ίδιες μικρές πρόσφατες φωτογραφίες.			
3. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου γενικής χρήσης του τελευταίου τριμήνου (δυνατότητα αυτεπάγγελτης αναζήτησης από την Υπηρεσία).		✓	
4. Έντυπο παράβολο Δημοσίου 8€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
5. Έντυπο παράβολο Χαρτοσήμου 30€ (από οποιαδήποτε εφορία).			
6. Ευκρινής φωτοτυπία δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.			
7. Για αλλοδαπούς εκτός κρατών Ε.Ε. απαιτούνται α) Ευκρινής φωτοτυπία διαβατηρίου β) Άδεια διαμονής και εργασίας σε ισχύ.			
8. Για τους υπηκόους κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται Βεβαίωση Εγγραφής Πολίτη Κράτους-Μέλους της Ένωσης, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Π.Δ. 106/2007, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 42 του Ν.4071/2012 και ισχύει.			
9. Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/1991 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/1992.			
10. Για τους ομογενείς από την Αλβανία που δεν είναι γραμμένοι στα μητρώα Δήμου απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητος Ομογενούς (ευκρινής φωτοτυπία).			
11. Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης ΙΕΚ, επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής κατάρτισης (ΒΕΚ - βεβαίωση επαγγελματικής κατάρτισης και βεβαίωση πιστοποίησης) του Ν.2009/ 1992 της ειδικότητας «Βοηθός οδοντιατρείου» ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού και βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης ενός έτους ή Πτυχίο δευτεροβάθμιας τεχνικής-επαγγελματικής εκπαίδευσης αντίστοιχης ειδικότητας ή ισότιμο της Ελλάδας ή του εξωτερικού και βεβαίωση από Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας περί πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης δύο ετών . Σημείωση: να επιδεικνύονται τα πρωτότυπα έγγραφα!			
12. Πιστοποιητικό υγείας από πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή.			
13. Βιβλιάριο ενσήμων του ΙΚΑ ή άλλου ασφαλιστικού φορέα.			
14. Βεβαίωση επιτυχίας στις εξετάσεις της αρμόδιας εξεταστικής επιτροπής του Πανεπιστημίου Αθηνών ή Θεσσαλονίκης για την απόκτηση βεβαίωσης επιτυχίας βοηθού οδοντιατρείου.			

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ
ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ 92/51 ΚΑΙ 89/48, ΤΩΝ Π.Δ. 231/98 ΚΑΙ Π.Δ. 165/2000 ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕ ΑΡ.ΠΡΩΤ.
89034/ΙΑ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ (ΦΕΚ 2047/Β'/14-09-2011)

Δικαιολογητικά:

1. Αίτηση.
2. Φωτοτυπία (να επιδεικνύεται το πρωτότυπο) της σχετικής απόφασης του Σ.Α.Ε.Π. (Συμβουλίου Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων) περί επιβολής αντισταθμιστικών μέτρων και του προσδιορισμού της διάρκειας της πρακτικής άσκησης.
3. Απλό φωτοαντίγραφο της δήλωσης του αιτούντα προς το Σ.Α.Ε.Π., με την οποία επελέγη το αντισταθμιστικό μέτρο της πρακτικής άσκησης προσαρμογής, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 14 του Π.Δ. 38/2010.
4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του φορέα στον οποίο πραγματοποιείται η άσκηση, δηλαδή του προσώπου στο όνομα του οποίου έχει εκδοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, ή του υπεύθυνου αντίστοιχου τμήματος νοσηλευτικού ιδρύματος, υπογεγραμμένη **και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής**. Στην υπεύθυνη δήλωση θα αναφέρονται η ημερομηνία έναρξης της πρακτικής άσκησης προσαρμογής, το όνομα του υπεύθυνου παρακολούθησης της άσκησης και το αντικείμενο στο οποίο αυτή θα πραγματοποιηθεί.
5. Βεβαίωση από τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα περί δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης του ασκούμενου κατά του κινδύνου ατυχήματος.
6. Φωτοτυπία της άδειας λειτουργίας του οδοντιατρείου (να επιδεικνύεται το πρωτότυπο).

Προσοχή:

Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης προσκομίζεται πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης (από τον εργοδότη).

ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗΣ: Εντός τριμήνου από την αναγγελία έναρξης 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 της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι το επάγγελμα ασκείται ελεύθερα (αρ. 3 του Ν.3919/2011 – ΦΕΚ 32 Α'/2-3-2011). 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/Α'/11-2-2004).