



**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**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 ΚΕ.Σ.Υ. ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ  
ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ»**

<b>Προς:</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>	
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ</b>			
Ο / Η Ονομα:		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):			

<b>ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*</b> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):			
Ο / Η Ονομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Email:	
A.Δ.Τ.:			

\*Στην περίπτωση ορισμού εκπροσώπου από τον αιτούντα για την κατάθεση της αίτησης ή/και την παραλαβή της τελικής πράξης **απαιτείται η σχετική εξουσιοδότηση** με την οποία ο αιτών εξουσιοδοτεί τον αναφερόμενο εκπρόσωπο.

**Η εξουσιοδότηση** υποβάλλεται υποχρεωτικά μαζί με την αίτηση και εκδίδεται με έναν (1) από τους παρακάτω τρεις (3) τρόπους:

1. Με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, άρθρο 8 του αιτούντα μέσω της ιστοσελίδας [www.gon.gr](http://www.gon.gr).
2. Με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, άρθρο 8 του αιτούντα με επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής του από δημόσια υπηρεσία.
3. Με συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο του αιτούντα.

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

**Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά** και παρακαλώ όπως με παραπέμψτε στο ΚΕ.Σ.Υ. προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις για την **απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού** για την περίοδο .....

Ημερομηνία.....

**Ο Αιτών/η Αιτούσα**

(Υπογραφή και ονοματεπώνυμο)

