



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:
«ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»

Προς:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
	ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ	
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	
	
	ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΝ	Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ			
Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Α.Δ.Τ.:		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:	
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax ..:	
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:	
A.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 ενημερώνω ότι αρχίζει/συνεχίζει την πρακτική άσκηση ο/η Βοηθός φαρμακείου στο φαρμακείο μου που εδρεύει στην οδό της Τοπικής/Δημοτικής του Δήμου..... απόέως καθ' όλες τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.

Θεώρηση για το γνήσιο της υπογραφής

ΠΥΡΓΟΣ .../.../....

Ο/Η αιτ.....

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚ Η ΑΝΑΖΗΤΗΣ Η	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜ ΙΣΘΕΙ
<p>1 Τίτλος σπουδών:</p> <p>A) Δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας κατάρτισης (IEK) του Ν. 2009/92 της ειδικότητας «Τεχνικός φαρμάκων καλλυντικών και παρεμφερών προϊόντων» ή ισότιμος τίτλος ή</p> <p>B) Πτυχίο τεχνικού επαγγελματικού λυκείου τμήματος «Βοηθών φαρμακείων» ή ισότιμος τίτλος ή</p> <p>Γ) Πτυχίο τεχνικής επαγγελματικής σχολής ειδικότητας υπαλλήλων φαρμακείου ή ισότιμος τίτλος ή απολυτήριο ή</p> <p>Δ) Πτυχίο κάθε τύπου Λυκείου ή ισότιμος τίτλος για τους υπηρετούντες ή υπηρετήσαντες σε στρατιωτικά φαρμακεία ή φαρμακεία Στρατιωτικών Νοσοκομείων οπλίτες πενταετούς υποχρέωσης (ΟΠΥ)</p>	□	□	□
2. Τετράδιο 100 φύλλων αριθμημένο ανά φύλλο άνω δεξιά από το 1-100..	□	□	□
3. Υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού στο φαρμακείο του οποίου θα γίνει η πρακτική άσκηση.			
4. Υπεύθυνη δήλωση του βοηθού φαρμακείου ότι δεν ασκεί άλλο επάγγελμα και δεν φοιτά σε ημερήσια σχολή.	□	□	□
<p>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ανανέωση πρακτικής γίνεται κάθε έξι (6) μήνες με υποβολή εκ νέου αίτησης.</p>			

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».