



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΥ23

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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)

Περιγραφή αιτήματος: «**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΩΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ**»

ΠΡΟΣ:	ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. _____	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*:		Α.Φ.Μ.		Αρ. Άδειας Οδήγησης*:	
Αρ. Διαβατηρίου*:		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας*:		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία Γέννησης:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αρ.:	ΤΚ
Τηλ.:		Fax:		E-mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):**

ΟΝΟΜΑ:			ΕΠΩΝΥΜΟ:		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:			ΑΔΤ:		
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	ΤΚ
Τηλ:		Fax:		E-mail:	

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης για την άσκηση επαγγέλματος Φυσικού Νοσοκομείου εκτός περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών.

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:

- «1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)
2. Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
- 3.....»

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 παραλάβει εκπρόσωπός σας;
4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

** Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από Δημόσια Υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

*** «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».