



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ - 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)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»

ΠΡΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
Τη Διεύθυνση Υγείας της οικείας Περιφερειακής Ενότητας ή ΕΚΕ		
<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:					
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 ¹ :		Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αρ.:	ΤΚ:
Τηλ.:	Fax:	E-mail:			

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ² (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνοματεπώνυμο πατέρα:		ΑΔΤ:			
Τόπος κατοικίας:	Οδός:	Αριθ:	T.K:		
Τηλ:	Fax:	E-mail:			

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος του Τεχνολόγου Ακτινολογίας Ακτινοθεραπείας.

¹ Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικώς πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

² Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενη/ή να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).