



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

Α Ι Τ Η Σ Η – 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 : «Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείων, ακτινοφυσικού ιατρικής & φυσικού νοσοκομείων πλην περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών»

ΠΡΟΣ: *		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

*Δ/ση Υγείας της οικείας Ν.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	TK:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	T.K:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Πτυχίο φυσικής πανεπιστημίου Ελλάδας ή ισοδύναμης Σχολής Ξένης χώρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ιατρική ακτινοφυσική που αποδεικνύεται με δίπλωμα που λαμβάνεται μετά από ένα τουλάχιστον ακαδημαϊκό έτος σπουδών	<input type="checkbox"/>		
3. Δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση*	<input type="checkbox"/>		
4. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	<input type="checkbox"/>		
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ)	<input type="checkbox"/>		
6. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €	<input type="checkbox"/>		
7. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7,63 €	<input type="checkbox"/>		
8. Δύο (2) φωτογραφίες	<input type="checkbox"/>		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Οι δώδεκα μήνες πρακτική άσκηση αναλύονται ως εξής: 4 μήνες στη Φυσική της Ακτινοθεραπείας, 4 μήνες στη Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής, 4 μήνες στη φυσική της ακτινοδιαγνωστικής και λοιπών συστημάτων απεικόνισης

*Τα πιο πάνω δικαιολογητικά υπ' αριθμ. 4 έως και 8 απαιτούνται μόνο σε περίπτωση επιτυχούς εξέτασης

** Για την άδεια Φυσικού Νοσοκομείων εκτός της περιοχής των ιοντίζουσών ακτινοβολιών δεν απαιτείται το δικαιολογητικό α/α 3 και εξετάσεις

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

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

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείων, ακτινοφυσικού ιατρικής & φυσικού νοσοκομείων πλην περιοχής ιονιζουσών ακτινοβολιών		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Πτυχίο φυσικής πανεπιστημίου Ελλάδας ή ισοδύναμης Σχολής Ξένης χώρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ιατρική ακτινοφυσική που αποδεικνύεται με δίπλωμα που λαμβάνεται μετά από ένα τουλάχιστον ακαδημαϊκό έτος σπουδών	<input type="checkbox"/>		
3. Δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση*	<input type="checkbox"/>		
4. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	<input type="checkbox"/>		
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ)	<input type="checkbox"/>		
6. Παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29,35 €	<input type="checkbox"/>		
7. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7,63 €	<input type="checkbox"/>		
8. Δύο (2) φωτογραφίες	<input type="checkbox"/>		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)