



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ – ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
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: «Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείου – ακτινοφυσικού ιατρικής»

| | | | |
|-------|---|---------------------------------|------------|
| ΠΡΟΣ: | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Τμήμα: Υπηρεσιών & Επαγγελματιών Υγείας | ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
| | | Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία | |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

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

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ¹ (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 συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

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

Παρακαλώ για τη χορήγηση αναγγελίας έναρξης άσκησης επαγγέλματος φυσικού νοσοκομείου εκτός της περιοχής ιοντίζουσών ακτινοβολιών .

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις¹ 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 παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.: |
| 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας: |
| 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: |

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

1. «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».

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ
ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ-ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ο ενδιαφερόμενος για να συμμετάσχει στις εξετάσεις και να λάβει άδεια άσκησης επαγγέλματος καταθέτει στην Περιφέρεια ή στις Περιφερειακές ενότητες του τόπου διαμονής σας (εντός της προβλεπόμενης προθεσμίας) αίτηση αναγγελίας έναρξης άσκησης του επαγγέλματος η οποία θα συνοδεύεται από τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση αναγγελίας έναρξης άσκησης του επαγγέλματος Φυσικού Νοσοκομείου-Ακτινοφυσικού Ιατρικής.
2. Αντίγραφο πτυχίου Φυσικής Πανεπιστημίου της Ελλάδας ή Δίπλωμα αποφοίτου της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής ή ισότιμων σχολών άλλης χώρας.

Για κατόχους διπλώματος της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής απαιτείται πιστοποιητικό της Σχολής από το οποίο θα προκύπτει η κατεύθυνση.

Για πτυχιούχους σχολών άλλης χώρας απαιτείται και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ).

3. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρεται, ότι «δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, κιβδηλεία, παραχάραξη, για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών, ανθρωποκτονία από πρόθεση, παιδοκτονία, αρπαγή προσώπου, εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας, εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αισχροκέρδεια».

4. Παράβολο δημοσίου 8 €

5. Παράβολο χαρτοσήμου 30 €

6. Δύο (2) φωτογραφίες

7. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας, ή οποιουδήποτε ταυτοποιητικού στοιχείου.

8. α) **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας** πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών και άδεια παραμονής και εργασίας.

β) **Για τους υπηκόους των Κρατών-Μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής.

- γ) **Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο** απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.

δ) **Για τους ομογενείς από Αλβανία** απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (ΕΔΤΟ).

9. Αντίγραφο μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (δίπλωμα) στην **Ιατρική Ακτινοφυσική** της ημεδαπής ή ισότιμου της αλλοδαπής, διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους. Ο μισός κατ'ελάχιστο χρόνος της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης θα πρέπει να αφορά εκπαίδευση στην Ιατρική Ακτινοφυσική (Φυσική της Ακτινοθεραπείας, Φυσική της Ακτινοδιαγνωστικής και Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής).

Για τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (διπλώματος) της αλλοδαπής απαιτείται και πράξη ισοτιμίας αυτού προς τα απονεμόμενα από τα Ελληνικά Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης (ΔΟΑΤΑΠ).

10. Αντίγραφο του προγράμματος σπουδών του μεταπτυχιακού τμήματος.

11. Βεβαίωση Νοσηλευτικού Ιδρύματος της Ελλάδας ή άλλης χώρας με την οποία βεβαιώνεται η πραγματοποίηση πρακτικής άσκησης διάρκειας 12 μηνών ως εξής:

4 μήνες στην Φυσική της Ακτινοθεραπείας

4 μήνες στην Φυσική της Πυρηνικής Ιατρικής

4 μήνες στην Φυσική της Ακτινοδιαγνωστικής και λοιπών συστημάτων απεικόνισης.

Στην εν λόγω βεβαίωση θα πρέπει να αναφέρεται ο ακριβής χρόνος κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η πρακτική άσκηση με αναφορά στα χρονικά διαστήματα για κάθε μέρος της πρακτικής άσκησης (αρχή και τέλος κάθε μέρους της άσκησης).

Η βεβαίωση πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον Διευθυντή της αντίστοιχης Μονάδας, ή του Τμήματος Ιατρικής Φυσικής, θα φέρει αριθμό πρωτοκόλλου και ημερομηνία έκδοσης, καθώς και θεώρηση για την γνησιότητα της υπογραφής και το ακριβές του περιεχομένου, ως προς τον χρόνο πρακτικής άσκησης του υποψηφίου, από τον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσηλευτικού Ιδρύματος.

Η εν λόγω πρακτική άσκηση πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί μετά την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών για τις περιπτώσεις που ο μεταπτυχιακός τίτλος είναι διάρκειας ενός (1) έτους. Σε περίπτωση που το μεταπτυχιακό πρόγραμμα είναι διάρκειας άνω του ενός (1) έτους, η πρακτική άσκηση δύναται να έχει πραγματοποιηθεί και κατά την διάρκεια απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου, οπωσδήποτε όμως μετά το πέρας του πρώτου έτους φοίτησης. **Στην περίπτωση αυτή απαιτείται επιπλέον βεβαίωση από το μεταπτυχιακό τμήμα, από το οποίο θα προκύπτει ο χρόνος, που περάτωσε το πρώτο έτος φοίτησης.**

Πρακτική άσκηση, η οποία έχει πραγματοποιηθεί πριν την παρακολούθηση του μεταπτυχιακού προγράμματος, δεν προσμετράται.

