### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 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 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος:**« Επανεγγραφή στα μητρώα του ΙΣΕ ».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς(1):** | **ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΒΡΟΥ** | **ΑΡΙΘΜ.**  **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνομα: | |  | | | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | |  | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | |  | | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | |  | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | |  | | | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ: |  | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | |  | | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: | |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | | | | Fax: |  | | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | | | |  | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Δεν ήμουν μέλος άλλου Ιατρικού Συλλόγου ή εγγεγραμμένος στο ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων της Ελληνικής επικράτειας από ………………………… έως σήμερα. |
| 1. α) Δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων, β) δεν έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια ή βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματός μου, γ) δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας για το χρονικό διάστημα της διαγραφής μου από τα Μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου και δεν διώκομαι πειθαρχικά. 2. **Δηλώνω ότι έλαβα γνώση, ότι σε περίπτωση: αλλαγής διεύθυνσης (εργασίας ή/και διαμονής), αλλαγής εργοδότη, αλλαγής τόπου άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα ή παύσης του Ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα λόγω εγκατάστασης στο εξωτερικό, οφείλω να ενημερώσω εγγράφως τον Ι.Σ  Έβρου και να διαγραφώ εφόσον χρειάζεται ή το επιθυμώ. Διαφορετικά, αν δεν ενημερωθεί ο Ιατρικός Σύλλογος Έβρου  ή/και δεν ζητήσω την διαγραφή μου, θα  τρέχουν οι οικονομικές μου υποχρεώσεις προς τον ΙΣΕ, οι οποίες δεν παραγράφονται. Ενημερώθηκα επίσης ότι αναδρομική διαγραφή μου από τα μητρώα του Ι.Σ.Ε δεν είναι δυνατή.** |
| 1. Η επαγγελματική μου δραστηριότητα, κατά το διάστημα της διαγραφής μου από το μητρώο των ενεργών μελών του ΙΣΕ, από ………………..…… έως σήμερα, ήταν η ακόλουθη: ………………….……………………..………………………………………………………………………   ………………………………………………………………………………………………………………………  Ημερομηνία: / /  Ο/H Δηλ….. |

Αρ.Πρωτ.:………………………...

Ημερομηνία ……/…..…/…….

***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία***

# ΑΙΤΗΣΗ

# ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ

# 

ΠΡΟΣ

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΈΒΡΟΥ**

Με την παρούσα αιτούμαι την επανεγγραφή μου

στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου, λόγω

…………………………..……………………………….

…………………………..……………………………….

……………………………………………………………

……………………………………………………………

……………………………………………………………

……………………………………………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………

ΟΝΟΜΑ:………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:………………………

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………………………

Αρ.Δελτ.Ταυτότ.:………………………….

ΑΦΜ ……………………………………….

ΑΜΚΑ ………………………………………

AM ΤΣΑΥ …………………………………

ΧΡΟΝ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΧΡ. ΤΣΑΥ

…………………………………………….

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……………………...

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…………………….

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ(ΟΔΟΣ-ΑΡ.)

……………………………………………..

ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ:………………………….

ΠΟΛΗ:…………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………...

ΚΙΝ . ………………………………………

E-MAIL:…………………………………….

Ημερομηνία ………………………….

Ο/Η ΑΙΤ………………….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)