### 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)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς(1):** | **ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ** | **Αριθμός Ειδικού Μητρώου Φοιτητή/τριας (ΑΕΜ)** |  |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα:  |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας (ή αριθμός Διαβατηρίου για αλλοδαπούς): |  | Α.Φ.Μ:ΔΟΥ |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας-Πόλη: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Θα πραγματοποιήσω τρίμηνο πρακτικής άσκησης στο διάστημα ως στον παρακάτω Φορέα:
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Φορέας Υποδοχής (επωνυμία) |  |
| Εκπρόσωπος φορέα | **Ο υπογράφων τη σύμβαση:** |
| Τύπος Φορέα | Δημοσίου Δικαίου □ | Ιδιωτικού Δικαίου □ |
| Δραστηριότητα (Φαρμακείο/ Νοσοκομείο κτλ) |  |
| Διεύθυνση Φορέα (οδός και αριθμός) |  | Πόλη |  | ΤΚ |  |
| ΑΦΜ Φορέα |  | ΔΟΥ Φορέα |  |
| Τηλ. Φορέα |  | Fax Φορέα |  |

1. Υποβάλλω βεβαίωση αποδοχής από τον φορέα υποδοχής για το παραπάνω χρονικό διάστημα.
 |
| 1. Τα στοιχεία ασφάλισης μου είναι:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΑΜΙΚΑ(Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ) |  | ΑΜΚΑ(Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) |  |

1. Υποβάλλω βεβαίωση απογραφής e-ΕΦΚΑ (ηλεκτρονικά).
 |
| **5.** Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω περατώσει τις προβλεπόμενες εργαστηριακές παρακολουθήσεις σύμφωνα με το Πρόγραμμα Σπουδών |
| **6**. Είμαι ασφαλισμένος-η (έμμεσα ή άμεσα) για τον κλάδο παροχών υγείας **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ (κυκλώστε την επιλογή)** |
| (Σε περίπτωση που δεν είστε ασφαλισμένος-η, θα πρέπει να καταθέσετε σχετική Υ.Δ.) | (4) |

 Ημερομηνία:

 Ο – Η Δηλ.