### 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.