



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΕΠΘ ΔΙΚΑΤΣΑ

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 : «Δήλωση συμμετοχής στις εξετάσεις Ιατρικής

(*) ... Εξεταστικής περιόδου του 200...».

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

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:	
Αριθμός πρωτοκόλλου κατάθεσης δικαιολογητικών:					

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:	

Οδηγία συμπλήρωσης: Στο κενό (*) σημειώνεται ο αύξων αριθμός της εξεταστικής περιόδου του έτους που επιθυμεί να συμμετάσχει ο ενδιαφερόμενος (π.χ. 2^η εξεταστική περίοδος του 2002)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

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:
--

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

1. Η κατάθεση της παρούσης αποτελεί βασική προϋπόθεση συμμετοχής στις εξετάσεις Ιατρικής του ΔΙΚΑΤΣΑ, βάσει της 423/28-9-2001 απόφασης του Δ.Σ.
2. Η παρούσα συμπληρώνεται και κατατίθεται στο ΔΙΚΑΤΣΑ μόνον στις ημερομηνίες που ανακοινώνονται σε κάθε νέα εξεταστική. Η κατάθεση γίνεται δεκτή και με επιστολή : ΔΙΚΑΤΣΑ, Λεωφ. Μεσογείων 223. Τ.Κ. 115 25 ή με e-mail : dikatsa@otenet.gr ή FAX: 010-6756709.

ΧΡΟΝΟΣ :

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

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:

A) Επιθυμώ να συμμετάσχω στην (*) ... εξεταστική περίοδο του 200... στο/α μάθημα/τα:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ και

**B) Έχω κατοχυρώσει το μάθημα
περίοδο (ημερομ.)**

στην εξεταστική

στο Πανεπιστήμιο (πόλη)

(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

ΥΠΕΠΘ	ΔΙΚΑΤΣΑ		
-------	---------	--	--

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Δήλωση συμμετοχής στις εξετάσεις Ιατρικής (*) ... Εξεταστικής περιόδου του 200...		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

1. Η κατάθεση της παρούσης αποτελεί βασική προϋπόθεση συμμετοχής στις εξετάσεις Ιατρικής του ΔΙΚΑΤΣΑ, βάσει της 423/28-9-2001 απόφασης του Δ.Σ.

2. Η παρούσα συμπληρώνεται και κατατίθεται στο ΔΙΚΑΤΣΑ μόνον στις ημερομηνίες που ανακοινώνονται σε κάθε νέα εξεταστική. Η κατάθεση γίνεται δεκτή και με επιστολή : ΔΙΚΑΤΣΑ, Λεωφ. Μεσογείων 223. Τ.Κ. 115 25 ή με e-mail : dikatsa@otenet.gr ή FAX: 010-6756709.

ΧΡΟΝΟΣ:

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)