

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

## ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

## ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &

# ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**και ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Μ.Ε.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση τα αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία άσκησης επαγγέλματος Διαιτολόγου – Διατροφολόγου»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ: | Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας / Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας | ΑΡΙΘΜΟΣ  ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | |  | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |  | | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας | | | |  | | Επώνυμο Μητέρας | | | | | |  | | | | | | | |
| Αριθ. Δελτίου Ταυτότητας \* | | | |  | | ΑΦΜ: | |  | | | | Αριθ. Άδειας Οδήγησης :\* | | | | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου\* | | | |  | | Αριθ. Βιβλιαρίου  Υγείας\* | | | | |  | | | Ιθαγένεια: | | |  | | |
| Ημερομηνία γέννησης:1 | | | |  | |  | | | | Τόπος Γέννησης | |  | | | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας | | | Χώρα: | | Πόλη: | | Οδός: | | |  | | | Αριθ.: | | |  | | Τ.Κ.: |  |
| Τηλ: |  | | | | | Fax: |  | | | | | E-mail | | |  | | | | |

\*συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**2 **(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 πληρεξουσίου. | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα: | | |  | | | Επώνυμο: | |  | | | | |
| Ονοματεπώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | ΑΔΤ | |  | |
| Οδός: | |  | | | Αριθ.: | |  | | | Τ.Κ.: | |  |
| Τηλ: |  | | | | Fax: | |  | | | E-mail | |  |
|  |  | | | |  | |  | | |  | |  |

**Παρακαλώ για την χορήγηση βεβαίωσης για την άσκηση επαγγέλματος** **Διαιτολόγου – Διατροφολόγου**

**1** Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

**2**  Εξουσιοδοτώ τον / την πιο πάνω αναφερόμενο/νη να καταθέσει την αίτηση ή και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ**  **ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |  |
| 1. Φωτοτυπία πτυχίου Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού (όπως προβλέπεται) και απόφαση αναγνώρισης επαγγελματικής ισοδυναμίας ή επαγγελματικών προσόντων εκδοθείσα από το Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων Αυτοτελές Τμήμα Εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας (ΑΤΕΕΝ) ή αντίγραφο πτυχίου του εξωτερικού (όπως προβλέπεται) καθώς και πράξη ισοτιμίας και αντιστοιχίας αυτού εκδοθείσα από τις αρμόδιες υπηρεσίες αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ ή ΙΤΕ |  |  |  |  |
| 1. Παράβολο δημοσίου 8.00 € |  |  |  |  |
| 1. Παράβολο χαρτοσήμου 30 €\*\* |  |  |  |  |
| 1. Δύο (2) έγχρωμες φωτογραφίες διαστάσεων ταυτότητας |  |  |  |  |
| 1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή οποιουδήποτε άλλου ταυτοποιητικού στοιχείου |  |  |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου (αναζητείται αυτεπάγγελτα)   Υπεύθυνη δήλωση που να αναγράφει «Δεν έχω καταδικαστεί για καμία πράξη ή για πράξη σχετική με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας» ή στην αντίθετη περίπτωση «Έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξης». |  | **** |  |  |
| 1. Οι υπήκοοι κρατών – μελών της Ε.Ε. ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων υποβάλλουν επιπλέον βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους – μέλους της Ε.Ε. ή πιστοποιητικό μόνιμης διανομής-κάρτα ευρωπαίου πολίτη (άρθρο 42 ν.4071/2012 ΦΕΚ Α΄ 85), ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα ή δελτίο μόνιμης διαμονής, ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 82,83,84.   ,85,87 του ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88, 97, 106 του ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του ν. ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή αντίγραφο μπλε κάρτας της Ε.Ε. άρθρα 114 και 120 του ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή αντίγραφο δεκαετούς άδειας παραμονής άρθρο 138 του ν.4251/2014 ΦΕΚ Α’ 80) ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα ή Ελληνίδα (άρθρο 12 του ν.4356/2015 ΦΕΚ Α’ 181 και άρθρο 3 του ν.4443/2016 ΦΕΚ Α’ 232) | | | |  |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**  **\*** Ελλείψει αντιγράφου ποινικού μητρώου, απαιτείται η προσκόμιση ενός ισοδύναμου εγγράφου που έχει εκδοθεί από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, από το οποίο να προκύπτει ότι οι απαιτήσεις ικανοποιούνται. Αν η χώρα καταγωγής ή προέλευσης δεν χορηγεί τέτοιο έγγραφο τούτο είναι δυνατόν να αντικατασταθεί από ένορκη βεβαίωση, ή για τα κράτη όπου δεν υφίσταται η ένορκη δήλωση, με υπεύθυνη δήλωση η οποία υποβάλλεται από τον ενδιαφερόμενο ενώπιον της αρμόδιας δικαστικής ή διοικητικής αρχής ή κατά περίπτωση ενώπιον συμβολαιογράφου της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, οι οποίοι χορηγούν βεβαίωση περί παροχής της ενόρκου δηλώσεως ή της επισήμου δηλώσεως. **Τα έγγραφα τα οποία εκδίδονται σύμφωνα με τα ανωτέρω, δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν μετά την πάροδο τριών μηνών από την ημερομηνία εκδόσεώς τους**  **\*\* Υφίσταται η δυνατότητα εξ αποστάσεως πληρωμής του συνολικού χρηματικού ποσού σε λογαριασμό Τράπεζας, ο οποίος υποδεικνύεται κάθε φορά από το EKE-EUGO ή τα φυσικά ΕΚΕ. Το αποδεικτικό κατάθεσης, θα πρέπει να έχει αναγεγραμμένο το ονοματεπώνυμο του αιτούντος. Σε περίπτωση ηλεκτρονικής υποβολής αιτήματος το αποδεικτικό κατάθεσης υποβάλλεται σε ψηφιοποιημένη μορφή**  **ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:**  1. Όλα τα ξενόγλωσσα δικαιολογητικά πρέπει να είναι:   * Νομίμως επικυρωμένα με σφραγίδα APOSTILLE * Θεωρημένα για τη γνησιότητά τους από την αρμόδια αρχή του Κράτους Μέλους Προέλευσης ή από διπλωματική αρχή της ξένης χώρας στην Ελλάδα. * Για πτυχιούχους εξωτερικού (εκτός Ε.Ε.) αντίγραφο πτυχίου, πρωτότυπη επίσημη μετάφραση από το Υπουργείο Εξωτερικών και αναγνώριση πτυχίου από τον αρμόδιο φορέα * Μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα:   1. Από το Μεταφραστικό Τμήμα του Υπουργείου Εξωτερικών της Ελλάδας ή   2. Από την ελληνική Διπλωματική Αρχή στο εξωτερικό ή   3. Από δικηγόρο, σύμφωνα με το άρθρο 53 του Δικηγορικού Κώδικα   4. Από πτυχιούχο του τμήματος Ξένων Γλωσσών Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ιονίου Πανεπιστημίου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 169/2002 (ΦΕΚ 156/Α/2002)  2. Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού **(ΕΟΠΠΕΠ**) - <http://www.eopp.gov.gr/>, Λεωφόρος Εθνικής Αντιστάσεως 41, 14234 Νέα Ιωνία, [Ισοτιμiες](http://www.eopp.gov.gr/index.php/contactus/contact-eopp/19-contactuseopp/7-contact-us) -+30 210-2709146,145,135,136,124  [Επαγγελματικά Δικαιώματα](http://www.eopp.gov.gr/index.php/contactus/contact-eopp/19-contactuseopp/8-contactus-epaggdikaiwmata) -+30 210 2709136 -9134 -9136 | | | | |
| **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 άλλο Ε.Κ.Ε.** 4. **Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας** 5. **Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:** | | | | |

**ΧΡΟΝΟΣ:** Εντός τριμήνου από την αναγγελία άσκησης του επαγγέλματος, η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύει την άσκησή του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι το επάγγελμα ασκείται ελευθέρως (αρ. 3 του Ν. 3919/2011-ΦΕΚ 32/Α’/2-3-2011). Ο ενδιαφερόμενος, στην προαναφερόμενη περίπτωση της σιωπηρής έγκρισης, μπορεί να ζητήσει σχετική βεβαίωση από την αρμόδια για την έκδοση της πράξης διοικητική αρχή, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 10 του 3230/2004 (ΦΕΚ 44/Α’/11-2-2004).

**Διάρκεια τήρησης αρχείου βεβαιώσεων και πιστοποιητικών :**

Έξι (6) μήνες (άρθρο 13 Ν.3491/2006, ΦΕΚ 207/Α/2-10-2006)

**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: (το κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης έχει ως εξής):**

**«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 το ΕΚΕ (άρθρο 7 Ν.3844/2010) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**

**3…………………………………………………………………………………………………………………………………….»**

………………………..

(Ημερομηνία) Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

« 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»

Με σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα, η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, υπό την ιδιότητά της ως υπεύθυνος επεξεργασίας, ενημερώνει, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ενώσεως και τις οικείες διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, το φυσικό πρόσωπο ότι επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν, για το σκοπό της αίτησης χορήγησης βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος διαιτολόγου-διατροφολόγου , κατά τα κατωτέρω αναφερόμενα. Ειδικότερα, τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου επεξεργασίας είναι τα εξής: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, με έδρα τη Θεσσαλονίκη (26ης Οκτωβρίου 64, Τ.Κ. 54627), τηλ.. 2313 330052, 2313 330918, 2313 325449, email: [info@pkm.gov.gr](mailto:info@pkm.gov.gr). Η υπηρεσία μας έχει ορίσει υπεύθυνο προστασίας δεδομένων, η ηλεκτρονική διεύθυνση του οποίου είναι η εξής: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr)

Τα δεδομένα που συλλέγουμε με την παραπάνω αίτηση είναι δεδομένα όπως Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο, αριθμ. Αστυνομικής Ταυτότητας, ημερομηνία έκδοσης, εκδ. αρχή ΑΦΜ, στοιχεία επικοινωνίας, ταχυδρομική διεύθυνση και υπόκεινται σε επεξεργασία από την υπηρεσία μας και τους εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους αυτής, όπως ενδεχομένως και από άλλα πρόσωπα, όπως είναι δικηγόροι, συμβολαιογράφοι και δικαστικοί επιμελητές, υπό τον όρο της τηρήσεως σε κάθε περίπτωση του επαγγελματικού απορρήτου και του καθήκοντος εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας. Η επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον. Τα δεδομένα αυτά δεν διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς. Τα δεδομένα διατηρούνται για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την διεκπεραίωση της αίτησης και στη συνέχεια αρχειοθετούνται, εις το διηνεκές, λαμβάνονται δε τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους, σύμφωνα με το νόμο. Η παροχή των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την παρούσα αίτηση και αν δεν τα παρέχετε, δεν θα είναι δυνατή η διεκπεραίωσή της. Σας ενημερώνουμε, επιπλέον, ότι, ως υποκείμενα των δεδομένων, έχετε τα εξής δικαιώματα:

α. Να γνωρίζετε ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τηρεί και επεξεργάζεται η Υπηρεσίας μας, όπως και την προέλευσή τους

(δικαίωμα προσβάσεως).

β. Να ζητήσετε τη διόρθωση ή/και συμπλήρωση αυτών ώστε να είναι πλήρη και ακριβή, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητο έγγραφο από το οποίο προκύπτει η ανάγκη

συμπληρώσεως ή διορθώσεως (δικαίωμα διορθώσεως), που συγχρόνως αποτελεί και υποχρέωση σας.

γ. Να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας (δικαίωμα περιορισμού).

δ. Να αρνηθείτε ή/και να εναντιωθείτε σε οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας που τηρεί η Υπηρεσία μας (δικαίωμα εναντιώσεως).

ε. Να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων μας από τα αρχεία της Υπηρεσία μας (δικαίωμα στη λήθη).

Σημειώνεται ότι η ικανοποίηση των υπό γ, δ και ε αιτημάτων, εφόσον αφορούν σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την επεξεργασία ή τη συνέχιση και ικανοποίηση του αιτήματός σας, ανεξάρτητα εάν χορηγήθηκαν από εσάς ή εάν αποκτήθηκαν από οποιαδήποτε δημόσια πηγή, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη εκ μέρους της Υπηρεσίας μας μη δυνατότητα εξετάσεως του αιτήματος σας. Περαιτέρω, η Υπηρεσία μας έχει σε κάθε περίπτωση δικαίωμα να αρνηθεί το αίτημα για περιορισμό της επεξεργασίας ή διαγραφή των δεδομένων σας εάν η επεξεργασία ή η τήρηση των δεδομένων είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη εννόμου συμφέροντός της, νόμιμων δικαιωμάτων της ή τη συμμόρφωσή της με έννομες υποχρεώσεις της σύμφωνα με τα υπό 1 και 3 ανωτέρω αναφερόμενα. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στην ως άνω ταχυδρομική διεύθυνση της υπηρεσίας μας, είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ηλ. ταχυδρομείου: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr).

|  |
| --- |
| Έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για ζητήματα που αφορούν την επεξεργασία  προσωπικών σας δεδομένων. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα  της ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr/) -> Τα δικαιώματά μου -> Υποβολή καταγγελίας), όπου υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες. |