



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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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:

Τα στοιχεία που αναφέρονται στην Υπεύθυνη Δήλωση Άσκησης Οδοντιατρικού

Επαγγέλματος είναι αληθή

(4)

Ημερομηνία:20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΑΦΜ	
ΑΔΤ	
ΑΜΚΑ	
ΟΙΚΟΓ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος / Έγγαμος / Διαζευγμένος / Σε χηρεία
ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	
Αριθμός ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΣΑΥ	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΝΕΡΓΟ / ΑΝΕΝΕΡΓΟ
ΛΟΓΟΣ ΑΠΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ	
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΟΔΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΠΟΛΗ	
ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΟΔΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΠΟΛΗ	
ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΦΑΞ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΟΔΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΠΟΛΗ	
ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΚΙΝΗΤΟ	
ΦΑΞ	
E_MAIL	



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΑΣΚΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

ΑΔΕΙΑ /ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ /ΑΔΕΙΑΣ	
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ	
ΗΜΕΡ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΑΓΓ.	
ΑΔΕΙΑ/ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ Χ-ΟΔ	
ΤΙΤΛΟΙ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ	
ΑΡ.ΠΤΥΧΙΟΥ	
ΧΩΡΑ	
ΑΡΧΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ/ Σπουδές εκτός Ελλάδος ή ΕΕ	
ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ	
Επιλογές: (Διαγράψτε ότι ΔΕΝ σας αφορά)	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ / ΛΕΚΤΟΡΑΣ / ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ / ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΤΙΤΛΟΙ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ	
ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ	-
ΤΙΤΛΟΣ	
ΧΩΡΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	-
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ	
ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ	
ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ	
ΓΛΩΣΣΑ	
ΕΡΓΑΣΙΑ	
ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ (Διαγράψτε ότι ΔΕΝ σας αφορά)	Ελευθεροεπαγγελματίας, Μικτή, Εταιρική
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΒΙΒΛΙΑ ΕΦΟΡΙΑΣ)	
ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗ ΣΧΕΣΗ Προσδιορίστε (ΠΕΔΥ, ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΔΗΜΟΣΙΟ)	

Ενημέρωση για τήρηση Αρχείου

Ενημερώθηκα ότι ο Οδοντιατρικός Σύλλογος τηρεί Αρχείο Προσωπικών Δεδομένων των μελών του και ότι τα άνω στοιχεία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας. Ενημερώθηκα για το σκοπό τήρησης και επεξεργασίας του αρχείου, τους αποδέκτες, το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που με αφορούν και αντίρρησης, σύμφωνα με τα άρθρα 11-13 του Ν.2472/97.

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη διάθεση προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/ση ιατρείου, τηλέφωνο) αποκλειστικά για στατιστικούς και επιστημονικούς σκοπούς.

Σε περίπτωση μη συγκατάθεσης, γράψτε ΟΧΙ στο πλαίσιο