###

### 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): | **ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΒΡΟΥ** |
| 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: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |   | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |
|  |  |  |  |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. **Δεν είμαι μέλος άλλου Ιατρικού Συλλόγου ή εγγεγραμμένος στο ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων της Ελληνικής επικράτειας από την ημέρα παραλαβής της Βεβαίωσης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.**
 |
| 1. **α) Δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων, β) δεν έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια ή βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματός μου, γ) δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας για το χρονικό διάστημα της διαγραφής μου από τα Μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου και δεν διώκομαι πειθαρχικά**
2. **Δηλώνω ότι έλαβα γνώση, ότι σε περίπτωση: αλλαγής διεύθυνσης (εργασίας ή/και διαμονής), αλλαγής εργοδότη, αλλαγής τόπου άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα ή παύσης του Ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα λόγω εγκατάστασης στο εξωτερικό, οφείλω να ενημερώσω εγγράφως τον Ι.Σ  Έβρου και να διαγραφώ εφόσον χρειάζεται ή το επιθυμώ. Διαφορετικά, αν δεν ενημερωθεί ο Ιατρικός Σύλλογος Έβρου  ή/και δεν ζητήσω την διαγραφή μου, θα  τρέχουν οι οικονομικές μου υποχρεώσεις προς τον ΙΣΕ. οι οποίες δεν παραγράφονται. Ενημερώθηκα επίσης ότι αναδρομική διαγραφή μου από τα μητρώα του Ι.Σ.Ε δεν είναι δυνατή.**
3. **Τα έγγραφα που καταθέτω είναι γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων**
 |
|  |
| (4) |

 Ημερομηνία: / /

Ο/H Δηλ…..

(Υπογραφή)