



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εξ.Ειδ.8

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)



Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ν.Π.Δ.Δ.)
Θεμιστοκλέους 38, 10678 ΑΘΗΝΑ, τηλ. 2103813380, 2103303721,
e-mail: vevaioseis@eoo.gr

Περιγραφή αιτήματος: «Συμμετοχή στις Εξετάσεις Οδοντιατρικής Ειδικότητας»

Προς:	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ			
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ (συμπληρώνεται με πεζοκεφαλαία)					
Ο / Η Όνομα: (Ελληνικά / Λατιν.)	/		Επώνυμο: (Ελληνικά / Λατιν.)	/	
Όνοματεπώνυμο πατέρα:(Ελλ./Λατιν)	/		Όνοματεπώνυμο μητέρας:	/	
Α.Δ.Τ. / Διαβατήριο:			Αρχή έκδοσης / Ημερομ. Έκδοσης:	/	
Α.Φ.Μ.:			Α.Μ.Κ.Α.:		
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:		Ιθαγένεια:	
Τόπος Κατοικίας:			Οδός, Αριθμός, ΤΚ:		
Τηλ σταθερό:		Τηλ κινητό:		Δ/ση Ηλεκτ. Ταχ. (E-mail):	

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στις καταστάσεις σας για την συμμετοχή μου στις Εξετάσεις Ειδικότηταςπεριόδου Συμμετέχω για φορά.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (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 συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα:		Όνοματεπώνυμο Μητέρας:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός,Αριθμός,ΤΚ:	
Τηλ:		E-mail:	
		A.Δ.Τ.:	

(*)Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«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 την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

3.»

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 παραλάβει εκπρόσωπός σας, όπως ορίζεται παραπάνω.

Ο/Η αιτών/ούσα

.....
(ημερομηνία)

(υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(η σελίδα συνοπτοβάλλεται με την αίτηση)

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ
1. Αίτηση για συμμετοχή στις εξετάσεις τίτλου ειδικότητας με θεώρηση υπογραφής από Δημόσια Αρχή (ΚΕΠ., ΕΛ.ΑΣ.).		
2. Δύο (2) έγχρωμες πρόσφατες φωτογραφίες μεγέθους ταυτότητας (με ονοματεπώνυμο στην πίσω όψη)		
3. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ή Άδειας οδήγησης.		
4. Πτυχιούχοι Ελλάδας : Πτυχίο Α.Ε.Ι. Οδοντιατρικής		
5. Πτυχιούχοι από μη κράτος της Ε.Ε. : (α) γνήσιο αντίγραφο πτυχίου*,		
5. (β) επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *,		
5. (γ) ισοτιμία πτυχίου από το ΔΟΑΤΑΠ **.		
6. Πτυχιούχοι από κράτη της Ε.Ε. : (α.Ι.) γνήσιο αντίγραφο πτυχίου*,		
6. (α.ΙΙ.) επίσημη μετάφραση πτυχίου στην ελληνική γλώσσα *,		
6. (β.Ι.) Βεβαίωση από την Αρχή του τόπου ότι το πτυχίο είναι σύμφωνο με την Οδηγία 2005/36/ΕΚ της Ε.Ε. (37 ΠΔ/38/10 και 1 παρ. 25 ΠΔ 51/17)*		
6. (β.ΙΙ.) επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *,		
6. (γ.Ι.) <i>Εάν δεν υπάρχει αυτόματη αναγνώριση να προσκομίζεται</i> Πιστοποιητικό Άσκησης Κρατικής Εξέτασης, σύμφωνα με τις Διατάξεις του ΠΔ 51/17 (ΦΕΚ Α' 82) *,		
6. (γ.ΙΙ.) επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *.		
7. Για οδοντιάτρους που εργάστηκαν στο εξωτερικό:		
(α) Βεβαίωση Άσκησης επαγγέλματος από τη χώρα που εργάστηκαν *		
7. (β) επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *.		
8. (α) Πιστοποιητικό Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης / Good Standing *		
8. (β) επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *.		
* Όλα τα ανωτέρω επισήμως σφραγισμένα από την Αρχή του τόπου προέλευσης (σφραγίδα APOSTILLE), σε γνήσια αντίγραφα από δικηγόρο της ελληνικής επικράτειας και μεταφρασμένα (τίτλος και APOSTILLE) από τη Μεταφραστική Υπηρεσία του Υπουργείου Εξωτερικών της Ελλάδας ή από δικηγόρο της ελληνικής επικράτειας με σφραγίδα ότι έχει επάρκεια στη μετάφραση της γλώσσας (Άρθρο 36 του Κώδικα περί Δικηγόρων) ή ορκωτό μεταφραστή του Ιονίου Πανεπιστημίου ή από εξουσιοδοτημένο μόνιμο δημόσιο υπάλληλο της αντίστοιχης Ελληνικής Προξενικής Αρχής της χώρας έκδοσης του πτυχίου/πιστοποιητικού.		
9. Βεβαίωση εγγραφής στο Μητρώο του οικείου Οδοντιατρικού Συλλόγου.		
10. Φωτοαντίγραφο Άδειας / Βεβαίωσης Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα		
11. (α) Τίτλος Ειδικότητας από τη χώρα Μετεκπαίδευσης,		
11. (β) Επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *		
11. (γ) Πιστοποιητικό του Διευθυντή του Προγράμματος από το οποίο να προκύπτει η ολοκλήρωση της Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης,		
11. (δ) Επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα *		
11. (ε) Αναγνώριση χρόνου άσκησης από το Υπουργείο Υγείας-ΚΕΣΥ, μαζί με τα πιστοποιητικά (σε απλά φωτοαντίγραφα), βάσει των οποίων εκδόθηκε η απόφαση αναγνώρισης του (απαιτούμενου) χρόνου Ειδίκευσης,		
Όσα αναφέρονται στο 11. αφορούν την περίπτωση που η Ειδικότητα αποκτήθηκε σε χώρα εκτός Ε.Ε., ή ο υποψήφιος εκπαιδεύτηκε σε ευρωπαϊκή χώρα (με αναγνωρισμένη την Ειδικότητας εντός της Οδηγίας), αλλά δεν έδωσε ή δεν πέτυχε στις εξετάσεις.		
12. Φωτοαντίγραφο καταθετηρίου (αντί παραβόλου) σε Eurobank / Τράπεζα Πειραιώς 30€ (ΦΕΚ Β' 4413/17)		

Σημειώσεις

- «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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».
- Συναίνω στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Ε.Ο.Ο. και άλλες Υπηρεσίες για την ανάγκη ☐ διεκπεραίωσης της παρούσας αίτησης, ειδάλλως η αίτηση δεν μπορεί να προχωρήσει και να εκδοθεί ο τίτλος.
- Σε περίπτωση μη προσέλευσης ή αποτυχίας υποβάλλεται στην Υπηρεσία μας νέα αίτηση (χωρίς δικαιολογητικά) και μία υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599.