



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**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 <sup>(1)</sup> :		<b>Περιφερειακό Τμήμα Αττικής του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών</b>					
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :		Ιθαγένεια:					
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					
Τίτλοι Σπουδών (Πτυχία, μεταπτυχιακά, διδακτορικά)							

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

<sup>(4)</sup>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(5)

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) Ενημερωθείτε από τις οδηγίες που ακολουθούν.  
(5) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ  
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Π.Σ.Φ.

Αθήνα, 29/01/2013

### Οδηγίες συμπλήρωσης της Υπεύθυνης Δήλωσης Πραγματικής Άσκησης Επαγγέλματος

Η συμπλήρωση του ονόματος, επωνύμου, ονόματος πατέρα, ονόματος μητέρας, τόπου γέννησης, ιθαγένεια, διεύθυνσης κατοικίας είναι υποχρεωτική (παρ. 2, άρθρο 4, Ν. 3599/2007). Επίσης θα πρέπει να συμπληρωθούν τηλέφωνο επικοινωνίας, σταθερό και κινητό, καθώς και e-mail, για να υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας του Π.Τ. με το μέλος.

Ακολουθώς συμπληρώνεται η ιδιότητα άσκησης επαγγέλματος, όπως οι παρακάτω ενδεικτικές κατηγορίες:

Ελεύθερος επαγγελματίας με εργαστήριο φυσικοθεραπείας στην (Δνση - περιοχή)

Ελεύθερος επαγγελματίας σε θεραπείες κατ οίκον

Ελεύθερος επαγγελματίας (με μπλοκ παροχής) σε ιδιωτικό εργαστήριο  
φυσικοθεραπείας- ιδιωτικό νοσοκομείο – κλινική - κέντρο αποκατάστασης –  
γηροκομείο - αθλητικά σωματεία κ.α.

Ιδιωτικός υπάλληλος στο εργαστήριο φυσικοθεραπείας - ιδιωτικό νοσοκομείο –  
κλινική- κέντρο αποκατάστασης – αθλητικά σωματεία κ.α.

Δημόσιος υπάλληλος στο Νοσοκομείο - ΚΑΠΗ - Κέντρο υγείας – Προνοιακά Ιδρύματα  
κ.α.

Εκπαιδευτικός σε Τ.Ε.Ι. – δημόσιο ή ιδιωτικό Ι.Ε.Κ. – στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση  
– Κ.Ε.Κ.

Υδροθεραπευτήρια

Άνεργος/γη

Οι παραπάνω κατηγορίες είναι από τον οδηγό επαγγέλματος του Τ.Ε.Ι. Λαμίας ([http://www.phys.teilam.gr/misc\\_files/odigos\\_epagg\\_physikotherapeuth.pdf](http://www.phys.teilam.gr/misc_files/odigos_epagg_physikotherapeuth.pdf)).

Όσοι συνάδελφοι εργάζονται σε περισσότερες από μια κατηγορίες, πρέπει υποχρεωτικά να δηλώσουν όλα τα στοιχεία. Είναι υποχρεωτική και η συμπλήρωση της διεύθυνσης εργασίας.

**ΠΡΟΣΟΧΗ.** Πρέπει να γίνει επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από Κ.Ε.Π. ή άλλη δημόσια υπηρεσία.