



ΑΙΤΗΣΗ -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)

«ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟ ΩΡΑΡΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»

ΠΡΟΣ: ⁽¹⁾	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ –ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:		
Ο-Η Όνομα	Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:		
Ημερομηνία Γέννησης ⁽²⁾ :		
Τόπος Γέννησης:		
ΑΦΜ:	Επώνυμο συζύγου:	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	Τηλ.:	
Τόπος Κατοικίας	Οδός:	Αριθ.: Τ.Κ.:
Δ/ση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail):		

ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)			
Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα πατέρα:	Επώνυμο πατέρα:		
Τόπος κατοικίας:	Οδός & Αριθμός:		
Τηλ:	Δ/ση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail):		
ΑΔΤ:			

Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την ανωτέρω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη.

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η 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 εαυτό 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 τη δηλούσα.

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

Αιτούμαι, σύμφωνα με το Ν.4512/2018(5τ.Α), Ν.4558/2018(140τ.Α) την αρ.πρωτ: Δ3(β)Γ.Π./οικ.14863/21-2-2018 (ΑΔΑ:7ΔΞ0465ΦΥΟ-ΔΧΚ) εγκύκλιο και την αριθ. πρωτ: Απόφαση της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. «Καθορισμός Έναρξης Διευρυμένου Ωραρίου Φαρμακείων» και πέραν του υποχρεωτικού ωραρίου μου, να ενταχθώ σε διευρυμένο ωράριο λειτουργίας για τις εξής ημέρες και ώρες :

- 1)
- 2)
- 3).....

Ημερομηνία20.....

Ο/Η Αιτών/ούσα.

(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η 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 εαυτό 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 τη δηλούσα.