

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 ⁽¹⁾ :	Γραμματεία του Τμήματος Φαρμακευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών						
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:	
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:							
- έχω διαβάσει και έχω λάβει γνώση του περιεχομένου του εγκεκριμένου κανονισμού Πρακτικής Άσκησης Προπτυχιακού Επιπέδου του Τμήματος Φαρμακευτικής, - πληρώ όλες τις προϋποθέσεις εκπόνησης πρακτικής άσκησης (βλ. κριτήρια αποκλεισμού) όπως περιγράφονται στον εγκεκριμένο κανονισμό Πρακτικής Άσκησης Προπτυχιακού Επιπέδου του Τμήματος Φαρμακευτικής, δηλαδή (α) έχω περατώσει τις θεωρητικές σπουδές οκτώ (8) εξαμήνων και (β) έχω παρακολουθήσει επιτυχώς περισσότερα από 20 μαθήματα ή/και εργαστήρια (είτε υποχρεωτικά, είτε επιλογής), - είμαι εγγεγραμμένος/η στο εξάμηνο φοίτησης του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Φαρμακευτικής με αρ. μητρώου, - έχω εξεταστεί επιτυχώς <u>συνολικά</u> σε μαθήματα ή/και εργαστήρια και συγκεκριμένα σε υποχρεωτικά μαθήματα ή/και εργαστήρια και σε μαθήματα ή/και εργαστήρια επιλογής, - ο αριθμητικός μέσος όρος της βαθμολογίας <u>όλων των μαθημάτων ή/και εργαστηρίων</u> (είτε υποχρεωτικών είτε επιλογής) στα οποία έχω εξεταστεί επιτυχώς είναι (.....) (αριθμητικά και σε παρένθεση ολογράφως), (μόνο για τους φοιτητές/τριες που εντάσσονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες) με την υποβολή της αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος συνυποβάλλω πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης, απ' όπου προκύπτει ότι (δηλώνετε σε ποια κατηγορία ευάλωτης κοινωνικής ομάδας ανήκετε), (μόνο για τους φοιτητές/τριες ΑΜΕΑ ή με σοβαρό πρόβλημα υγείας) είμαι εγγεγραμμένος/η στη Μονάδα Προσβασιμότητας του ΕΚΠΑ και με την υποβολή της αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος συναινώ στο να ζητηθεί μέσω της Γραμματείας του Τμήματος Φαρμακευτικής σχετική επιβεβαίωση από την Μονάδα Προσβασιμότητας του ΕΚΠΑ, - όλα τα αναφερόμενα στην αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος είναι αληθή και ακριβή και όλα τα υποβαλλόμενα δικαιολογητικά είναι αντίγραφα των πρωτότυπων που έχω στην κατοχή μου.							

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ημερομηνία:/...../202...

Ο/Η Δηλ.....

- (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 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.