



ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
ΠΑΤΡΩΝ ΤΗΣ 14^{ης} ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018
ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΕΔΡΟ
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ Άρθρο 305, παρ. 2, Ν 4512/2018

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____
ΟΝΟΜΑ : _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : _____
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____
ΟΔΟΣ ΑΡΙΘ. ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ. Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____
E-MAIL: _____

Κυρία Πρόεδρε,

A. Αιτούμαι τη ανακήρυξή μου ως υποψήφιος συμμετέχοντας στις αρχαιρεσίες του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών που θα λάβουν χώρα την Κυριακή 14 Οκτωβρίου 2018, βάσει της υπ' αρ. 5150/3-9-2018 πρόσκλησης που εξεδόθη απ' τον ΙΣΠ ως υποψήφιος για την ανάδειξή μου ως
.....(αναγρ. οργάνου/ων υπ/τας)

Επίσης αιτούμαι την έκδοση και επισύναψη στην παρούσα της απαραίτητης βεβαίωσης σχετικά με την εγγραφή μου στον ΙΣΠ και την οικονομική μου τακτοποίηση, όπως προβλέπεται από το άρθρο 305, παρ. 3 του Ν 4512/2018

B. 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. Είμαι εγγεγραμμένος στο τακτικό μητρώο του ΙΣΠ, δεν διατελώ σε προσωρινή παύση και έχω εξοφλήσει την εισφορά μου προς τον Σύλλογο τρέχοντος έτους.
2. δεν έχω τιμωρηθεί τελεσίδικα από οποιοδήποτε όργανο με την ποινή της παύσης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.
3. ΔΕΝ έχω τιμωρηθεί από πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο πειθαρχικό όργανο του Ιατρικού Συλλόγου (εκτός από την ποινή της επίπληξης) ή άλλο αρμόδιο όργανο ή με βάση τις διατάξεις των άρθρων 63 και 67 Π.Κ. την τελευταία πενταετία.
4. Δεν έχω εκκρεμή υπόθεση για ατιμωτικό αδίκημα κατά τον Ποινικό Κώδικα ή κακούργημα.
5. Ως υποψήφιος εκπρόσωπος στον Π.Ι.Σ. έχω διατελέσει μέλος σε Ιατρικό Σύλλογο για έναν (1) τουλάχιστον χρόνο και δεν κατέχω την ιδιότητα βουλευτή ή ευρωβουλευτή. (Διαγράφεται και μονογράφεται από τον υποψήφιο αν δεν ισχύει)
6. Ως υποψήφιος για το Πειθαρχικό Συμβούλιο έχω ασκήσει το επάγγελμα για είκοσι (20) τουλάχιστον έτη, στον ΙΣ Πατρών ή σε άλλο ιατρικό σύλλογο. (Διαγράφεται και μονογράφεται από τον υποψήφιο αν δεν ισχύει)
7. συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων από τον Ι. Σ. Πατρών για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του βάσει του άρθρου 305 παρ. 2. του Ν. 4512 (ανακήρυξη υποψηφίων) καθώς και τη δημοσιοποίηση του ονόματός μου στα ΜΜΕ (τρίτους) ενόψει των αρχαιρεσιών. Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία τους καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή υπό προϋποθέσεις
8. Τέλος δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης/δήλωσης είναι ακριβή και αληθή

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ