



**Α Ι Τ Η Σ Η – 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)

**Περιγραφή αιτήματος:** «Χορήγηση αναβολής κατάταξης σε νοσηλεύομενους»

<b>ΠΡΟΣ:</b>	*	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>			

\* Η αίτηση απευθύνεται στο αρμόδιο στρατολογικό γραφείο.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

Ο - Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Εκδίδουσα Αρχή:	
<b>Είμαι εγγεγραμμένος στα Μητρώα Αρρένων:</b>		του Δήμου ή της Κοινότητας:	
		του Δημ. Διαμερίσματος:	
		του Νομού:	
Ημερομηνία γέννησης <sup>(1)</sup> :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	
		TK:	
Τηλ:		Fax:	
		E - mail:	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ \* (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :**

\* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	
		T.K:	
Τηλ:		Fax:	
		E - mail:	

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ <sup>(3)</sup>
1. Δικαιολογητικά από αρμόδιο φορέα (νοσοκομείο ή κέντρο θεραπειάς εξαρτημένων ατόμων)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Από αυτά θα πρέπει να προκύπτουν:

1. Η πλήρης ταυτότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου θεραπείας κατά περίπτωση (ονομασία, έδρα, ο νόμος με βάση τον οποίο λειτουργεί, η άδεια που έχει χορηγηθεί, καθώς και ο φορέας στον οποίο υπάγεται ή από τον οποίο εποπτεύεται).
2. Τα πλήρη ληξιαρχικά στοιχεία του ενδιαφερομένου.

Η ημερομηνία έναρξης της νοσηλείας ή της θεραπευτικής αγωγής κατά περίπτωση.

.Εφόσον από τα προσκομιζόμενα δικαιολογητικά δεν προκύπτουν πλήρη ληξιαρχικά στοιχεία του ενδιαφερομένου, απαιτείται συμπληρωματικά και φωτοαντίγραφο των δύο όψεων της αστυνομικής του ταυτότητας ή εφόσον στερείται τέτοιας ταυτότητας, φωτοτυπία των σελίδων του διαβατηρίου.

#### Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη  
Διεύθυνση:.....
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.....
- 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

#### ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή οργανισμού τοπικής αυτοδιοίκησης ή σε νοσοκομείο του εξωτερικού ή να ακολουθεί θεραπευτική αγωγή σε κέντρα θεραπειάς εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων κατά τις διατάξεις των νόμων 1729/87 και 2331/95.

#### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Εφόσον ο νοσηλευόμενος έχει τύχει κατά το παρελθόν και άλλης αναβολής κατάταξης λόγω νοσηλείας, θα πρέπει να επικοινωνήσει με το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο αμέσως μετά τη λήξη της νοσηλείας του προκειμένου να προσδιορισθεί νέα ημερομηνία κατάταξης.

Η αναβολή κατάταξης για όσους ακολουθούν θεραπευτική αγωγή σε κέντρα θεραπειάς εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων χορηγείται μία φορά και για παρακολούθηση μιας μόνο θεραπευτικής αγωγής.

Η υποβολή των δικαιολογητικών μπορεί να γίνει αυτοπροσώπως ή μέσω πληρεξουσίου ή με συστημένη επιστολή προς το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο. Σε περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής, ισχύει η ημερομηνία κατάθεσης στο ταχυδρομείο.

Σε περίπτωση που τα δικαιολογητικά έχουν διατυπωθεί σε ξένη διεθνώς γνωστή γλώσσα, γίνονται δεκτά μόνο αν είναι θεωρημένα για τη γνησιότητά τους και συνοδεύονται από επίσημη μετάφραση. Ως επίσημη μετάφραση νοείται αυτή που έχει γίνει ή έχει επικυρωθεί από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από Ελληνική Προξενική Αρχή ή από δικηγόρο (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 53 του Δικηγορικού Κώδικα). Επίσης, γίνονται δεκτά επικυρωμένα αντίγραφα των παραπάνω δικαιολογητικών.

#### ΧΡΟΝΟΣ :

#### ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(2)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

.....  
.....  
.....  
.....  
(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

.....20.....

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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».



## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

<b>Αίτημα:</b>			
<b>Υπηρεσία Υποβολής:</b>			
<b>Αριθμ. Πρωτοκόλλου:</b>		<b>Ημ/νια αιτήματος:</b>	
<b>Αρμόδιος Υπάλληλος:</b>	<b>Όνομα</b> :		<b>Επώνυμο:</b>
<b>Αιτών:</b>	<b>Όνομα</b> :		<b>Επώνυμο:</b>

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ <sup>(3)</sup>
1. Δικαιολογητικά από αρμόδιο φορέα (νοσοκομείο ή κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</b> Από αυτά θα πρέπει να προκύπτουν: 3. Η πλήρης ταυτότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου θεραπείας κατά περίπτωση (ονομασία, έδρα, ο νόμος με βάση τον οποίο λειτουργεί, η άδεια που έχει χορηγηθεί, καθώς και ο φορέας στον οποίο υπάγεται ή από τον οποίο εποπτεύεται). 4. Τα πλήρη ληξιαρχικά στοιχεία του ενδιαφερομένου. Η ημερομηνία έναρξης της νοσηλείας ή της θεραπευτικής αγωγής κατά περίπτωση.  .Εφόσον από τα προσκομιζόμενα δικαιολογητικά δεν προκύπτουν πλήρη ληξιαρχικά στοιχεία του ενδιαφερομένου, απαιτείται συμπληρωματικά και φωτοαντίγραφο των δύο όψεων της αστυνομικής του ταυτότητας ή εφόσον στερείται τέτοιας ταυτότητας, φωτοτυπία των σελίδων του διαβατηρίου.			

#### ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή οργανισμού τοπικής αυτοδιοίκησης ή σε νοσοκομείο του εξωτερικού ή να ακολουθεί θεραπευτική αγωγή σε κέντρα θεραπείας εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων κατά τις διατάξεις των νόμων 1729/87 και 2331/95.

#### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Εφόσον ο νοσηλευόμενος έχει τύχει κατά το παρελθόν και άλλης αναβολής κατάταξης λόγω νοσηλείας, θα πρέπει να επικοινωνήσει με το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο αμέσως μετά τη λήξη της νοσηλείας του προκειμένου να προσδιορισθεί νέα ημερομηνία κατάταξης.

Η αναβολή κατάταξης για όσους ακολουθούν θεραπευτική αγωγή σε κέντρα θεραπείας εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων χορηγείται μία φορά και για παρακολούθηση μιας μόνο θεραπευτικής αγωγής.

Η υποβολή των δικαιολογητικών μπορεί να γίνει αυτοπροσώπως ή μέσω πληρεξουσίου ή με συστημένη επιστολή προς το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο. Σε περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής, ισχύει η ημερομηνία κατάθεσης στο ταχυδρομείο.

Σε περίπτωση που τα δικαιολογητικά έχουν διατυπωθεί σε ξένη διεθνώς γνωστή γλώσσα, γίνονται δεκτά μόνο αν είναι θεωρημένα για τη γνησιότητά τους και συνοδεύονται από επίσημη μετάφραση. Ως επίσημη μετάφραση νοείται αυτή που έχει γίνει ή έχει επικυρωθεί από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από Ελληνική Προξενική Αρχή ή από δικηγόρο (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 53 του Δικηγορικού Κώδικα). Επίσης, γίνονται δεκτά επικυρωμένα αντίγραφα των παραπάνω δικαιολογητικών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

**ΧΡΟΝΟΣ :**

**ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)