

__/__/__ (Ημερομηνία)

Προς: Συμβούλιο Εγγραφής Λογοπαθολόγων Κύπρου

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Παρακαλώ σημειώστε τι ισχύει

- Εξαίρεση από καταβολή πληρωμής για άδεια άσκησης επαγγέλματος για το Έτος _____
- Μόνιμη εξαίρεση

Ονομάζομαι _____ με αριθμό πολιτικής ταυτότητας _____
και Αριθμό Μητρώου _____ .

Με την παρούσα επιστολή σας ενημερώνω ότι θα ήθελα να εξαιρεθώ από την καταβολή πληρωμής για έκδοση ετήσιας άδειας άσκησης επαγγέλματος για το έτος _____ / μόνιμα λόγω του ότι **δεν** ασκώ το επάγγελμα της Λογοθεραπείας.

Δεσμεύομαι να σας ενημερώσω γραπτώς σε περίπτωση που ασκήσω το επάγγελμα του Λογοπαθολόγου-Λογοθεραπευτή σε οποιοδήποτε χώρο.

Δηλώνω επίσης ότι είναι σε γνώση μου πως η άσκηση του επαγγέλματος **χωρίς** την άδεια άσκησης επαγγέλματος καθίσταται **ποινικό αδίκημα** σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας [(Περί Εγγραφής Λογοπαθολόγων Νόμο 136(I)/2001/Μέρος IV/ άρθρο 9(1)].

Με εκτίμηση,

Υπογραφή

(Ονοματεπώνυμο)