



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Τμήμα Κοινωνικής Αλληλεγγύης

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 : « Έκδοση Άδειας ίδρυσης Κέντρου Αποθεραπείας - Αποκατάστασης »

ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
	<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.		Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*	
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Ιθαγένεια:			
Ημερομηνία Γέννησης ¹ :		Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αριθ:	TK:
Τηλ.:		Fax:		E mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁴ (για κατάθεση αίτησης ή για παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		TK:	
Τηλ.:		Fax:		E mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Αντίγραφο της άδειας οικοδομής του κτιρίου, κάτοψη και τομή του διατιθέμενου χώρου, σε κλίμακα 1:100 ή 1:50 με αναγεγραμμένες όλες τις διαστάσεις			
2. Περιγραφή του τρόπου προβλεπόμενης οργάνωσης και λειτουργίας του Κέντρου Α-Α.			
3. Αντίγραφο καταστατικών αν πρόκειται για Νομικό Πρόσωπο ή Εταιρία και Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 που θα αναφέρει τίτλο κτήσεως οικοπέδου ή κτιρίων αν πρόκειται για ιδιόκτητο ακίνητο.			
4. Υπεύθυνη Δήλωση για τον προγραμματιζόμενο χρόνο ίδρυσης του Κέντρου Α.- Α.			
5. Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού και λοιπού προσωπικού που θα ασχοληθεί στο Κέντρο.			
6. Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού εξοπλισμού, σύμφωνα με τις ισχύουσες εκάστοτε προδιαγραφές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.			
7. Ενδεικτικό προϋπολογισμό κόστους ανέγερσης του κτιρίου και των εγκαταστάσεων σε περίπτωση υφιστάμενου κτιρίου.			
8. Διπλότυπο είσπραξης από τη Δ.Ο.Υ στον ΚΑΕ 64070, 5,87 Ευρώ ανά κλίνη για τα Κέντρα Α.Α. κλειστής νοσηλείας και Διπλότυπο είσπραξης από τη Δ.Ο.Υ στον ΚΑΕ 64070, 146,74 Ευρώ εφ'άπαξ για όλες τις λοιπές κατηγορίες Κέντρων Α-Α.			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ			
Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση: 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο Κ.Ε.Π.³: 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: 			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις², που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το περιεχόμενο της υπεύθυνης δήλωσης έχει ως εξής: «.....»

(Ημερομηνία).....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξανήφιος αριθμός ή ημερομηνία γέννησης:: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 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».

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

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