



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 : Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων»**

<b>ΠΡΟΣ:</b> ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ .....	<b>ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
	<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. Διαβατηρίου:*		Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*	
Ημερομηνία Γέννησης <sup>1</sup> :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:
Τηλ.:	Fax:	E mail:	

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

Επωνυμία:			
Αρ. Καταστατικού:	Έτος Ίδρυσης:		
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ):			
Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:		
Έδρα	Οδός:	Αριθ:	TK:
Δήμος/Κοινότητα:	Νομός:		
Τηλ.:	Fax:	E mail:	

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>4</sup>** (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:	

**Παρακαλώ για την χορήγηση άδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων**

Επωνυμία επιχείρησης:				
Εγκεκριμένος Τίτλος(αν υπάρχει):				
Διεύθυνση επιχείρησης	Δήμος/Κοινότητα:	Οδός	Αριθ:	ΤΚ:
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:		
Τηλ:	Fax:	E mail:		

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Αριθμός άδειας Ίδρυσης της Μονάδας και ονοματεπώνυμο κατόχου αυτής.			
2. Δικαιολογητικό του ή των υπευθύνων ιατρών, ήτοι: α) Άδεια άσκησης επαγγέλματος. β) Πιστοποιητικό εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο του τόπου λειτουργίας της επιχείρησης. γ) Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 του προτεινόμενου ιατρού ότι αναλαμβάνει την επιστημονική ευθύνη της επιχείρησης.			
3. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της επιχείρησης.			
4. Πιστοποιητικό Πυρασφάλειας από την Πυροσβεστική Υπηρεσία.			
5. Αντίγραφο της οικοδομικής άδειας θεωρημένο από το γραφείο Πολεοδομίας για την αποπεράτωση της οικοδομής.			
<b>Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:</b>			
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 ΚΕΠ : 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας: 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:			

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:

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

(Ημερομηνία).....

(Υπογραφή) .....

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος 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 βλέποντας 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)