****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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: **«ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΤΙΚΟΥ**

 **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΟΙΚΟ ΑΝΟΧΗΣ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ****Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ** **Π.Ε. ………………….** | **ΑΡΙΘΜΟΣ****ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτ.Ταυτότητας\*: |  | Α.Φ.Μ. |  | Αρ. ΆδειαςΟδήγησης:\* |  |
| Αρ. Διαβατηρίου:\* |  | Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* |  | Ιθαγένεια: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: | Χώρα: | Πόλη: | Οδός: | Αρ.: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ.: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):**  |
| ΟΝΟΜΑ: |  | ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΠΑΤΕΡΑ: |  | ΑΔΤ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |  | ΟΔΟΣ: |  | ΑΡΙΘ: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

**Παρακαλώ για τη Χορήγηση Αναγγελίας Έναρξης Άσκησης Επαγγέλματος Υπηρετικού Προσωπικού σε Οίκο Ανοχής.**

**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:**

**«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)**

**2. Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**

**3……………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….»**

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| 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 Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας:
 |

 ……………………….. Ο/Η αιτών/ούσα

 (ημερομηνία)

 (υπογραφή)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΟΙΚΟΥΣ ΑΝΟΧΗΣ (ΚΑΙ ΑΝΑΝΕΩΣΗ) (ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ** |
| 1. Αναγγελία έναρξης άσκησης επαγγέλματος στην οποία αναγράφονται τα πλήρη στοιχεία ταυτότητος του προσώπου, περί χορήγησης βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος υπηρετικού προσωπικού «Οίκων Ανοχής»
 |  |  |  |
| 1. Φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητος ή Διαβατηρίου σε ισχύ
 |  |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσηλευτικού Ιδρύματος, ότι δεν πάσχει από σεξουαλικώς μεταδιδόμενη ή άλλη μολυσματική νόσο (Το έγγραφο να φέρει αριθμό πρωτοκόλλου με τη στρογγυλή σφραγίδα του νοσοκομείου & υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής του).
 |  |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσηλευτικού Ιδρύματος, ότι δεν πάσχει από οποιασδήποτε μορφής ψυχική νόσο και ότι δεν είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών (Το έγγραφο να φέρει αριθμό πρωτόκολλου με τη στρογγυλή σφραγίδα του νοσοκομείου & υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής του).
 |  |  |  |
| 1. Ιατρική βεβαίωση Κρατικού Νοσηλευτικού Ιδρύματος ότι δεν πάσχει από φυματίωση
 |  |  |  |
| 1. Απόσπασμα Ποινικού Μητρώου τύπου Β (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση για έλληνες πολίτες)
 |  |  |  |
| 1. Τρεις (3) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες
 |  |  |  |
| 1. Αν πρόκειται για ανανέωση φωτοτυπία της προηγούμενης άδειας
 |  |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό γέννησης (μόνο για την αρχική έκδοση) (Για αλλοδαπούς – από τη χώρα προέλευσης και επίσημη μετάφραση).

(Αυτεπάγγελτη αναζήτηση για έλληνες πολίτες) |  |  |  |
| 1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση για έλληνες πολίτες
 |  |  |  |

**Για αλλοδαπούς χρειάζονται επιπλέον:**

| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ** |
| --- | --- | --- | --- |
| * + - * 1. Διαβατήριο σε ισχύ
 |  |  |  |
| * + - * 1. Άδεια παραμονής σε ισχύ
 |  |  |  |
| * + - * 1. Άδεια εργασίας σε ισχύ
 |  |  |  |
| * + - * 1. Πιστοποιητικό περί μη απελάσεως

(για χώρες εκτός Ε.Ε.) |  |  |  |
| * + - * 1. Απόσπασμα ποινικού μητρώου από τη χώρα προέλευσης και επίσημη μετάφραση
 |  |  |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:**

Στην περίπτωση παράτασης απαιτείται φωτοαντίγραφο της προηγούμενης βεβαίωσης και άδεια παραμονής και εργασίας σε ισχύ.