

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Π.Ε………………………………………**

**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: « Αναθεώρηση άδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε…………………………….**  **ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***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: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ. | | |  | | | Αριθ.Άδειας Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* | | | | | |  | | Ιθαγένεια: | |  | | |
| Ημερομηνία Γέννησης 6 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| 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: | |  | | | ΤΚ: |  |
| Δήμος/Κοινότητα: | | | | Νομός: | |  | | | | |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E mail: | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 7 (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: | |  | | | | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | | | | Fax: |  | | E mail: | | |  | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | |  | | | |

1. Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθµός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269
2. Βλ. σημείο 1 περιεχομένου υπεύθυνης δήλωσης (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

# Παρακαλώ για την χορήγηση αναθεωρημένης 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: | | |

**Με ατοµική µου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις8, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6**

**του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

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

………………….. Ο/Η αιτών/ούσα

(Ημερομηνία) (Σφραγίδα-υπογραφή)

83 «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».

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ**  **ΤΗΝ**  **ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** |
| **Εάν επιθυμείτε αλλαγή στη δυναμικότητα των κλινών ή στην λειτουργία της μονάδας**  **(διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων, κ.λπ.) απαιτούνται επιπλέον:**. |  |  |  |
| 2. Έκθεση διπλωματούχου μηχανικού στην οποία θα περιγράφονται οι λειτουργικές τροποποιήσεις καθώς και οι τροποποιήσεις χώρων και  δυναμικότητας. |  |  |  |
| 3. Κατόψεις, στις οποίες θα έχουν αποτυπωθεί οι  εν λόγω τροποποιήσεις. |  |  |  |
| 4.Ότι άλλο δικαιολογητικό ζητηθεί από την  επιτροπή καταλληλότητας |  |  |  |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**  **\* Η αναθεώρηση της άδειας λειτουργίας είναι απαραίτητη όταν μεταβάλλεται ένα από τα παρακάτω στοιχεία: α) Ιδιοκτησιακό καθεστώς β) Δυναμικότητα κλινών, γ) Εσωτερικός Κανονισμός, δ) Λειτουργία της Μ.Φ.Η. ( διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων, κ.λπ.).** | | | |