Εικόνα που περιέχει μαύρο, σκοτάδι

Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματα

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: «Αίτηση χορήγησης Πιστοποιητικού Απαλλαγής Μέτρων

**Υγειονομικού Ελέγχου Πλοίου / Πιστοποιητικό Υγειονομικού Ελέγχου Πλοίου».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**  **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥ…….. – ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΔΗΛΟΥ………:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνοµα: | |  | | | | | | Επώνυµο: | | |  | | | | | |
| Όνοµα Πατέρα: | | |  | | | | | Επώνυµο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνοµα Μητέρας: | | |  | | | | | Επώνυµο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:\* | | | |  | | | Α.Φ.Μ: | | |  | | Αριθ. Άδειας Οδήγησης:\* | | |  | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | |  | Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* | | | | |  | | | Υπηκοότητα: | |  | |
| Ηµεροµηνία γέννησης(i): | | | |  | | | | | | Τόπος Γέννησης: | | |  | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | |  | | | Οδός: | |  | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: | |  |
| Τηλ: |  | | | | E – mail: | | | |  | | | | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥii (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**: Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόµιση εξουσιοδότησης µε επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από Δηµόσια Υπηρεσία ή συµβολαιογραφικού πληρεξουσίου. | | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνοµα: | | |  | | | | Επώνυµο: | |  | | | | | |
| Όνοµατεπώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | ΑΔΤ: | |  | | |
| Οδός: | |  | | | | | Αριθ: | |  | | | | Τ.Κ: |  |
| Τηλ: |  | | | |  |  | | E – mail: | | |  | | | |

**Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε πιστοποιητικό απαλλαγής μέτρων υγειονομικού ελέγχου πλοίου / πιστοποιητικό υγειονομικού ελέγχου πλοίου για το πλοίο… , το**

**οποίο ευρίσκεται :…....…………………………………………………………………………………………….**

**και πραγματοποιεί ……………………………………. (διεθνείς ή εσωτερικές) πλόες βάσει του ισχύοντος Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού με τα παρακάτω στοιχεία :**

**1. ΑΡ. ΝΗΟΛΟΓΙΟΥ / ΙΜΟ:……………………………………………………………………........................**

**2. ΗΜ/ΝΙΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ:……………………………………………………………………........................**

**3. ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ:…………………………………………………………………….........................**

**4. ΣΗΜΑΙΑ:………………………………………………………………………………………………………..**

**5. ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΝΩΝ**

**6. ΚΩΔΙΚΟΣ ΗΛ. ΠΑΡΑΒΟΛΟΥ :………………………………………………………………………………**

# ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

|  |
| --- |
| 1) Φωτοαντίγραφό του προηγούμενου πιστοποιητικού απαλλαγής μέτρων υγειονομικού ελέγχου πλοίου /  πιστοποιητικού υγειονομικού ελέγχου πλοίου. |
| 2) Έγγραφο εθνικότητας πλοίου. |
| 3) Ναυτιλιακή δήλωση υγείας |
| 4) Λίστα πληρώματος |
| 5) Έγγραφο ανάθεσης πρακτόρευσης |
| 6) Πρόσφατο πιστοποιητικό απεντόμωσης – μυοκτονίας. (εφόσον υπάρχει) |
| 7) Εκδοθέν Ηλεκτρονικό Παράβολο (σε περίπτωση διεθνών πλόων) |
| 8) Σε περίπτωση πλοίου **ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ** εσωτερικής ναυσιπλοΐας - Υπεύθυνη Δήλωση Υπόχρεου ότι το πλοίο εκτελεί **ΜΟΝΟ** πλόες εσωτερικού |

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε µε ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| 1. Να σας αποσταλεί μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική δ/νση………………………..……………………………….................. 2. Να την παραλάβετε από την Υπηρεσία µας 3. Να την παραλάβει ο ορισθείς εκπρόσωπός σας από την Υπηρεσία μας |

Ημερομηνία ..…./… /20..…

## Υπογραφή)

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Η κάθε Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση για να λάβει την έγκριση της Υπηρεσίας **πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη, υπογεγραμμένη από το φυσικό πρόσωπο ή το νόμιμο εκπρόσωπο σε περίπτωση νομικού προσώπου και να συνοδεύεται από τα απαραίτητα στοιχεία – δικαιολογητικά** που αναγράφονται σε αυτήν.

**Η παρούσα αίτηση κατατίθεται αποκλειστικά μέσω του site της Περιφέρειας Κρήτης και ειδικότερα μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας "Οδηγός του Πολίτη" στην διαδρομή: https://politis.crete.gov.gr/ και κάνοντας αναζήτηση με τον κωδικό 502**

«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».

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Κρήτης ενημερώνει, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων, ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ο Ο.Τ.Α. β’ βαθμού Περιφέρεια Κρήτης. Η Περιφέρεια Κρήτης συλλέγει τα ανωτέρω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τα επεξεργάζεται αποκλειστικά και μόνο για την εκτέλεση των κατά νόμο αρμοδιοτήτων της. Πρόσβαση στα δεδομένα αυτά μπορεί να αποκτήσει κάθε πολίτης υπό τους όρους του άρθρου 5 του Ν. 2690/1999 σε συνδυασμό με τον Κανονισμό Πληροφόρησης Πολιτών της Περιφέρειας Κρήτης Τα δεδομένα αποθηκεύονται για το χρονικό διάστημα που είναι αναγκαίο για την επεξεργασία του αιτήματος του πολίτη και στη συνέχεια για σκοπούς αρχειοθέτησης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Κάθε υποκείμενο δεδομένων έχει δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που το αφορούν. Έχει επίσης το δικαίωμα να ζητήσει την διόρθωσή του ς, τον περιορισμό της επεξεργασίας τους καθώς και τη λήψη αντιγράφων σε κοινώς αναγνώσιμο μορφότυπο (δικαίωμα στην φορητότητα των δεδομένων), σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. Κάθε θιγόμενος έχει δικαίωμα προσφυγής στην Αρχή Προστα σίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.