

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

**ΓΕΝΙΚΗ ΔIEΥΘΥΝΣΗ 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**: «Έκδοση Άδειας Λειτουργίας Κέντρου Αποθεραπείας - Αποκατάστασης »**

# ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ Α.-Α. ………………..…………………………………………………………

**………………………………………………………………………………………………………………**

# ………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε…………………………….**  **ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 1 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | |  |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(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: |  | | | |  |  | | E mail: | | |  | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | |  | | | |

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθµός ή ημερομηνία γέννησης:: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ**  **ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ**  **(3)** | **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** |
| 1. Αντίγραφα ποινικού μητρώου των δικαιούχων προσώπων (άρθρο 2 του Π.Δ. 395/1993-Φ.Ε.Κ. 166 Α/ 28.09.1993) (τα αντίγραφα ποινικού μητρώου αναζητούνται υποχρεωτικά αυτεπάγγελτα όταν εκδίδονται  από ημεδαπές αρχές) |  |  |  |
| 2. Δήλωση με την οποία θα ορίζεται ο Επιστημονικός Διευθυντής του Κ.Α.Α καθώς και αντίγραφο του Ποινικού Μητρώου του (το οποίο αναζητείται υποχρεωτικά  αυτεπάγγελτα όταν εκδίδεται από ημεδαπές αρχές) |  |  |  |
| 3. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του Κέντρου Α-Α, προκειμένου για Κέντρα Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας. |  |  |  |
| 4. Πιστοποιητικό της οικείας Πυροσβεστικής Υπηρεσίας για την ύπαρξη των επιβαλλομένων μέτρων, για Κέντρα Α.Α. Κλειστής Νοσηλείας ή Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του προσώπου που έχει την άδεια ίδρυσης, για την ύπαρξη μέσων πυρόσβεσης, για τις λοιπές  κατηγορίες Κέντρων Α.Α. |  |  |  |
| 5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 από τον ιδιοκτήτη ή το νόμιμο εκπρόσωπο του Νομικού Προσώπου που έχει την άδεια ίδρυσης του Κέντρου Α.-Α., στην οποία θα βεβαιώνεται ότι έχουν τηρηθεί οι διατάξεις της Νομοθεσίας σχετικά με τις ισχύουσες αρχιτεκτονικές, στατικές Η/Μ προδιαγραφές του Κέντρου Α.Α. καθώς και  τις σχετικές Πολεοδομικές διατάξεις. |  |  |  |
| 6. Ότι άλλο δικαιολογητικό ζητηθεί από την επιτροπή καταλληλότητας |  |  |  |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η αίτηση για την άδεια λειτουργίας Κέντρου Αποθεραπείας - Αποκατάστασης υποβάλλεται εντός πενταετίας από την έκδοση της άδειας ίδρυσης Κέντρου Α-Α (άρθρο 7 του Π.Δ. 395/1993 – ΦΕΚ 166/Α΄/28-9-1993).** | | | |

(Πόλη - Ημερομηνία)………………………….........

(υπογραφή)