

## 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 ίδρυσης Κέντρου Αποθεραπείας - Αποκατάστασης »**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 4 (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. Αντίγραφο της άδειας οικοδομής του κτιρίου, κάτοψη και τομή του διατιθέμενου χώρου, σε κλίμακα 1:100 ή 1:50 με αναγεγραμμένες όλες τις διαστάσεις |  |  |  |
| 2. Περιγραφή του τρόπου προβλεπόμενης οργάνωσης και λειτουργίας του Κέντρου Α.-Α. |  |  |  |
| 3.Αντίγραφο καταστατικών αν πρόκειται για Νομικό Πρόσωπο ή Εταιρία και Υπεύθυνη Δήλωση του  Ν.1599/86 που θα αναφέρει τίτλο κτήσεως οικοπέδου ή  κτιρίων αν πρόκειται για ιδιόκτητο ακίνητο. |  |  |  |
| 4.Υπεύθυνη Δήλωση για τον προγραμματιζόμενο χρόνο ίδρυσης του Κέντρου Α.-Α. |  |  |  |
| 5.Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού και λοιπού προσωπικού που θα ασχοληθεί στο Κέντρο. |  |  |  |
| 6.Κατάλογο του προβλεπόμενου ιατρικού εξοπλισμού, σύμφωνα με τις ισχύουσες εκάστοτε προδιαγραφές του  Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. |  |  |  |
| 7Ενδεικτικό προϋπολογισμό κόστους ανέγερσης του κτιρίου και των εγκαταστάσεων σε περίπτωση  υφιστάμενου κτιρίου. |  |  |  |
| 8.Γραμμάτιο είσπραξης του Δημοσίου Ταμείου 5,87 Ευρώ ανά κλίνη για τα Κέντρα Α.-Α. κλειστής νοσηλείας και γραμμάτιο αξίας 146,74 Ευρώ εφ΄άπαξ για όλες τις  λοιπές κατηγορίες Κέντρων Α.-Α. |  |  |  |
| 9.Ότι άλλο δικαιολογητικό ζητηθεί από την επιτροπή καταλληλότητας |  |  |  |
| 10. Παράβολα 5,87 ευρώ κόστος ανά κλίνη για τα Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας . |  |  |  |
| 11.Παράβολο 146,74 ευρώ εφάπαξ για όλες τις λοιπές κατηγορίες Κέντρων Αποθεραπείας Αποκατάστασης. |  |  |  |

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

(υπογραφή)