# ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ I

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ 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: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας οινολογικού εργαστηρίου» (αναγράφεται ο φορέας).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | Διεύθυνση Αγροτικής Ανάπτυξης  ………………………………………………….  ΠΕ …………………………………………. | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
|  | |
|  |  |  | |
|  |  | ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΓΓΕΛΛΟΝΤΟΣ:** (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: | |  | | | Αριθ. Άδειας Οδήγησης:\* | | |  | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* | | | |  | | | | Ιθαγένεια: | |  | |
| Ηµεροµηνία γέννησης: | | | | |  | | |  | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: | |  |
| Τηλ: |  | | | | | | Fax: |  | | | | | | E – mail: | |  | | | |

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία επιχείρησης: | | | | | | | | | | |
| Αρ. Καταστατικού: | | | | | | | Έτος Ίδρυσης: | | | |
| Εγκεκριμένος Τίτλος (αν υπάρχει): | | | | | | | | | | |
| 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: | |  | | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΝΟΛΟΓΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΟΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ:**

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

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για υποβολή αναγγελίας ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**: Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόµιση εξουσιοδότησης µε επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από  δηµόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. | | | | | | | | | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ: | | |  | | | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | |  | | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | | |  | | | | | | ΑΔΤ: | |  | | |
| ΟΔΟΣ: | |  | | | | | ΑΡΙΘ: | |  | | | | Τ.Κ: |  |
| Τηλ: |  | | | | Fax: |  | | E – mail: | | |  | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | |  | | | |

**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)**

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

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

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 παραλάβει εκπρόσωπός σας
4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………….

**Επιλέξτε µε ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

………………….. (Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα (Σφραγίδα‐υπογραφή)

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