

Α Ι Τ Η Σ Η – Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η (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 : «ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ (όταν προστίθεται εντός αυτού δραστηριότητα)».

ΠΡΟΣ:	Το Δήμο	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ : (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 ⁷ :					Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:			Fax:			E - mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Επωνυμία:			
Διακριτικός Τίτλος:			
Νομική Μορφή:			ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ.
Αρ. και έτος ΦΕΚ/ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ & ΕΠΕ):			Αρ. Καταστατικού:
Αρ. & ημ/α καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου (ΟΕ & ΕΕ):			
Δ.Ο.Υ.			Έτος Ίδρυσης:
ΑΦΜ:			ΕΔΡΑ (ΔΗΜΟΣ):

⁷ Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

Διεύθυνση Οδός:		Αριθ. :		T.K.:	
Τηλέφωνο:		Φαξ:		E - mail:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα υπό σύσταση) (5)

Καταθέτω την παρούσα αίτηση και τα σχετικά δικαιολογητικά ως νόμιμος εκπρόσωπος των κάτωθι ιδρυτών της υπό σύσταση εταιρείας

Νομική Μορφή:		Επωνυμία:	
Φυσικά Πρόσωπα Ιδρυτές:		ΑΦΜ:	ΑΔΤ:
		ΑΦΜ:	ΑΔΤ:
		ΑΦΜ:	ΑΔΤ:
		ΑΦΜ:	ΑΔΤ:
Νομικά Πρόσωπα Ιδρυτές: Επωνυμία:	Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:
	Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:
	Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁸ (για κατάθεση αίτησης): 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:	T.K.:
Τηλ:		Fax:	E - mail:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾
1. Φωτοαντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή άλλου εγγράφου από τα προβλεπόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 3 του Ν.2690/1999 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 25 του Ν. 3731/2008 (ή τη σχετική προσωρινή βεβαίωση της αρμόδιας αρχής ή το διαβατήριο ή την άδεια οδήγησης ή το ατομικό βιβλιário υγείας όλων των ασφαλιστικών φορέων) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Παράβολο σύμφωνα με την ΚΥΑ 61167/17-12-2007 (ΦΕΚ 2438 Β).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁸ Βλ. σημείο 1 περιεχομένου υπεύθυνης δήλωσης (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

3. Ειδικότερα δικαιολογητικά που τυχόν προβλέπονται για την ανάπτυξη συγκεκριμένης δραστηριότητας (όπως για τη λειτουργία παιδοτόπου, προσφοράς υπηρεσιών διαδικτύου κλπ)	□	□	
4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86, με την οποία θα δηλώνεται ότι : « <i>Τηρούνται οι υγειονομικοί όροι που απαιτούνται από τις κείμενες διατάξεις και δεν επήλθε οποιαδήποτε κτηριοδομική μεταβολή του καταστήματος μου που ευρίσκεται στη διεύθυνση.....</i> »	□	□	
5. Υπεύθυνη δήλωση του διαχειριστή της πολυκατοικίας, ή, εν ελλείψει ή άρνησης αυτού, του ιδιοκτήτη του χώρου, στον οποίο λειτουργεί το κατάστημα ή το εργαστήριο, στην οποία θα δηλώνεται ότι ο Κανονισμός της Πολυκατοικίας ή εν ελλείψει, η πλειοψηφία των ιδιοκτητών των στεγαζόμενων στο ίδιο κτίριο κατοικιών, μη συμπεριλαμβανομένων των λοιπών χώρων, (καταστημάτων, βοηθητικών χώρων κ.λ.π) δεν απαγορεύει τη χρήση του χώρου τούτου για τη λειτουργία που πρόκειται να προστεθεί στο κατάστημα. Σε περίπτωση που η υπεύθυνη δήλωση κριθεί αναληθή, ανακαλείται η χορηγηθείσα άδεια ίδρυσης και λειτουργίας του Καταστήματος.	□	□	
<p>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</p> <p>* εάν ο αιτών είναι αλλοδαπός - υπήκοος κράτους μη μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης φωτοαντίγραφο ισχύουσας άδειας διαμονής που του επιτρέπει την άσκηση ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. Αν ο ενδιαφερόμενος είναι ομογενής υποβάλλει ειδική ταυτότητα ομογενούς ή προξενική θεώρηση για επαναπατρισμό. Στην περίπτωση όπου την αίτηση υποβάλλει εταιρεία, κατατίθεται α) Αντίγραφο του ισχύοντος και καταχωρημένου στο μητρώο καταστατικού της εταιρείας, θεωρημένο από την αρμόδια αρχή για την τήρηση του μητρώου αυτού και β) Πιστοποιητικό της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής αρχής περί τροποποιήσεων/μη λύσης της εταιρείας (υφίσταται δυνατότητα αυτεπάγγελτης αναζήτησης από το δήμο).</p> <p>Για την αντικατάσταση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας καταστήματος υγειονομικού ενδιαφέροντος όταν προστίθεται εντός αυτού δραστηριότητα της ίδιας κατηγορίας της ισχύουσας Υγειονομικής Διάταξης (με περισσότερες απαιτήσεις στη συγκρότηση του Καταστήματος) ή άλλης κατηγορίας, η αντικατάσταση της άδειας θα γίνεται μετά από γνωμοδότηση της υγειονομικής υπηρεσίας.</p> <p>Το Κ.Υ.Ε. οφείλει να διαθέτει σε ισχύ πιστοποιητικό (ενεργητικής) πυροπροστασίας για όλες τις δραστηριότητες που υφίστανται, το οποίο δεν απαιτείται να αντικατασταθεί στο όνομα του νέου κατόχου της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας του καταστήματος.</p>			

<p>Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:.....</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.....</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:.....</p>

ΧΡΟΝΟΣ : Η αντικατάσταση της άδειας γίνεται εντός προθεσμίας δεκαπέντε (15) ημερών. Αν η προαναφερόμενη προθεσμία παρέλθει άπρακτη, λογίζεται ότι η άδεια έχει αντικατασταθεί. Ο ενδιαφερόμενος μπορεί με αίτησή του να ζητήσει τη χορήγηση σχετικής βεβαίωσης από το δήμο.

ΚΟΣΤΟΣ: Παράβολο σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Κ.Υ.Α. οικ. 61167/17-12-2007.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

.....

.....

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

.....20.....

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

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(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.