

Γ Ν Ω Σ Τ Ο Π Ο Ι 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)

«Αντικατάσταση γνωστοποίησης Καταστήματος παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε) (Κομμωτήριο – Κουρείο – Κατάστημα περιποίησης χεριών – Εργαστήριο δερματοστιξίας».

ΠΡΟΣ:	Το Δήμο ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	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 ¹ :			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αριθ:	TK:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ² (για κατάθεση γνωστοποίησης): 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.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:			ΑΔΤ:		
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		T.K.:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

¹ Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

² Βλ. σημείο1 περιχομένου υπεύθυνης δήλωσης (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις προσώπων)

Επωνυμία:					
Διακριτικός Τίτλος:					
Νομική Μορφή:		ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ.			
ΑΡΜΑΕ: ⁽²⁾ :		Γενικός Αριθμός Μητρώου			
Ειδικός Αριθμός Μητρώου Πρωτοδικείου: ⁽³⁾		Βιβλία			
Αριθμός Μητρώου Ειρηνοδικείου ⁽⁴⁾					
ΑΦΜ:		ΕΔΡΑ (ΔΗΜΟΣ):			
Διεύθυνση Οδός:		Αριθ.		Τ.Κ.:	
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:		Εδρα:	
		Διακριτικός Τίτλος:		Εδρα:	
		Διακριτικός Τίτλος:		Εδρα:	

Με την παρούσα επιθυμώ να αντικαταστήσω τη γνωστοποίηση ίδρυσης και λειτουργίας του κάτωθι καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος (αριθμ. ισχύουσας άδειας..... ή αριθμ. βεβαίωσης υποβολής γνωστοποίησης η οποία επέχει θέση άδειας.....) λόγω

1. Λειτουργίας καταστήματος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε) από νέο πρόσωπο (εφόσον δεν έχει γίνει μεταφορά, επέκταση, αλλαγή της χρήσης ή τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας της επιχείρησης)
2. Αποχώρησης ή αντικατάστασης του νόμιμου εκπροσώπου
3. Αλλαγής νομικής μορφής εταιρείας (εφόσον ο Α.Φ.Μ. παραμένει ο ίδιος)
4. Αλλαγής επωνυμίας

Επωνυμία Καταστήματος:				
Είδος Καταστήματος*:				
Κομμωτήριο Κουρείο Κατάστημα περιποίησης χεριών – ποδιών Εργαστήριο δερματοστιξίας (tattoo)				
*Σε περίπτωση μικτής επιχείρησης σημειώστε ΝΑΙ σε περισσότερες δραστηριότητες. Εξαιρούνται τα εργαστήρια δερματοστιξίας τα οποία δεν επιτρέπεται να λειτουργούν στον ίδιο χώρο με άλλες επιχειρήσεις καλλωπισμού, υγειονομικού ή μη ενδιαφέροντος (άρθρο 8 παρ. 2. Απόφασης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π.οικ.21172/ΦΕΚ 306 Β' /14.03.2003)				
Διεύθυνση Επιχείρησης	Δήμος:	Οδός:	Αριθ.:	Τ.Κ.:
τ.μ. ανά επίπεδο		Ημ/νία υποβολής αίτησης οικοδομικής άδειας κτιρίου:		
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.		
Τηλέφωνο:		Φαξ:	E - mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, καθώς και από την υγειονομική διάταξη αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει τη γνωστοποίηση ή/και να παραλάβει τη βεβαίωση υποβολής. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

2. Για την ίδρυση και λειτουργία του ανωτέρω καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος πληρούνται όλες οι νόμιμες προϋποθέσεις και υποχρεώσεις που ορίζονται από

α) τους γενικούς όρους της υγειονομικής διάταξης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012,

β) από τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις περί κουρεών και κομμωτηρίων (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

γ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/Γ.Π/9516/29-01-2009 (ΦΕΚ 139 Β') Υπουργική Απόφαση «Αδειοδότηση καταστημάτων περιποίησης χεριών και ποδιών», (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

δ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/ΓΠ/οικ.21172/03 (ΦΕΚ Β 306/14-03-03) «Περί υγειονομικών όρων και προϋποθέσεων ιδρύσεως και λειτουργίας εργαστηρίων δερματοστιξίας (tattoo) (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση) και

ε) από την ισχύουσα ΚΥΑ για την ίδρυση και λειτουργία καταστημάτων παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος όπως αυτές παρατίθενται στο έντυπο (Μέρος Β') που επισυνάπτεται στη γνωστοποίηση.

³«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»

3. Με την παρούσα δήλωση δεσμεύομαι, εκτός από τις άμεσες υποχρεώσεις που απορρέουν από το σχετικό νομικό πλαίσιο, να τηρήσω και τις υποχρεώσεις για τη λειτουργία επιχείρησης παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος που αφορούν σε μελλοντικές ενέργειες, όπως αυτές ορίζονται από

α) τους γενικούς όρους της υγειονομικής διάταξης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012,

β) από τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις περί κουρείων και κομμωτηρίων, (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

γ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/Γ.Π/9516/29-01-2009 (ΦΕΚ 139 Β') Υπουργική Απόφαση «Αδειοδότηση καταστημάτων περιποίησης χεριών και ποδιών», (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

δ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/ΓΠ/οικ.21172/03 (ΦΕΚ Β 306/14-03-03) «Περί υγειονομικών όρων και προϋποθέσεων ιδρύσεως και λειτουργίας εργαστηρίων δερματοστιξίας (tattoo) .(Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

και ε) από την ισχύουσα ΚΥΑ για την ίδρυση και λειτουργία καταστημάτων παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος όπως αυτές παρατίθενται στο έντυπο (Μέρος Β') που επισυνάπτεται στη γνωστοποίηση..

4. Με την παρούσα δήλωση δεσμεύομαι ότι πληρούνται όλες οι νόμιμες προϋποθέσεις και υποχρεώσεις των μέτρων και μέσων πυροπροστασίας όπως ορίζονται από την αριθμ. 8γ/2007 (ΦΕΚ Β' 12) Πυροσβεστική Διάταξη (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής πριν την 17η-2-1989) ή από β) το άρθρ. 9 του Π.Δ/τος 71/1988 (ΦΕΚ Α' 32) (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής μετά την 17η-2-1989)⁴.

5. Δεν έχει επέλθει μεταφορά, επέκταση, αλλαγή χρήσης ή τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας βάσει των οποίων χορηγήθηκε η ισχύουσα άδεια στον/στην(αναφέρεται το όνομα του κατόχου της άδειας που αντικαθίσταται) ή βάσει των οποίων γνωστοποιήθηκε από τον/την(αναφέρεται το όνομα του ενδιαφερόμενου του οποίου η γνωστοποίηση που αντικαθίσταται) (στην περίπτωση λειτουργίας του καταστήματος από νέο πρόσωπο)

.....
(Ημερομηνία)

Ο/Η δηλών/ούσα
(Σφραγίδα-υπογραφή)

Παρατηρήσεις: Στην περίπτωση που ο γνωστοποιών είναι φυσικό πρόσωπο, επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά το φωτοαντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή άλλου εγγράφου όπως σχετικής προσωρινής βεβαίωσης της αρμόδιας αρχής, διαβατηρίου, άδειας οδήγησης ή ατομικού βιβλιαρίου υγείας όλων των ασφαλιστικών φορέων (από τα προβλεπόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 3 του Ν. 2690/1999, όπως ισχύει μετά την τροποποίησή του με το άρθρο 25 του Ν. 3731/2008). Αν ο γνωστοποιών είναι αλλοδαπός – πολίτης κράτους μη μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο ισχύουσας άδειας διαμονής που του επιτρέπει την άσκηση ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. Αν ο γνωστοποιών είναι ομογενής επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο ειδικής ταυτότητας ομογενούς ή προξενικής θεώρησης για επαναπατρισμό. Στην περίπτωση που η ίδρυση και λειτουργία γνωστοποιείται από εταιρεία κατατίθενται με την υποβολή των υπεύθυνων δηλώσεων ή αποστέλλονται ηλεκτρονικά:

i) Πιστοποιητικό της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής ή δικαστικής αρχής περί μη λύσης και περί μη πτώχευσης της εταιρείας

ii) Βεβαίωση της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής αρχής περί της νομίμου εκπροσώπησης της εταιρείας

Ειδικότερα σε περίπτωση αντικατάστασης της γνωστοποίησης λόγω κληρονομικής διαδοχής απαιτείται η επίδειξη ή ηλεκτρονική αποστολή:

1. Φωτοαντιγράφου της απόφασης του οικείου Πρωτοδικείου με το οποίο δημοσιεύτηκε η διαθήκη, καθώς και του πιστοποιητικού του ίδιου δικαστηρίου περί μη δημοσίευσης άλλης διαθήκης. Σε περίπτωση κατά την οποία η διαθήκη είναι ιδιόγραφη, απαιτείται από το ανωτέρω δικαστήριο η κήρυξή της ως «κυρίας».

2. Αν δεν υπάρχει διαθήκη, ο ενδιαφερόμενος οφείλει να προσκομίσει ή να αποστείλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο κληρονομητηρίου (άρθρα 1956 επ. Αστικού Κώδικα). Μέχρι την έκδοση του κληρονομητηρίου είναι δυνατή η αντικατάσταση της γνωστοποίησης στο όνομα του ενδιαφερομένου, υπό την προϋπόθεση κατάθεσης (ή ηλεκτρονικής αποστολής) στον οικείο δήμο πιστοποιητικού εγγύτερων συγγενών και υπευθύνων δηλώσεων αυτών περί της συνέχισης της δραστηριότητας από το συγκεκριμένο πρόσωπο._____

⁶ http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c80621/doc.file/pd8g_2007_el_GR.pdf
http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c30524/doc.file/ar8ro9_el_GR.doc

Γ Ν Ω Σ Τ Ο Π Ο Ι 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)

«Αντικατάσταση γνωστοποίησης Καταστήματος παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε) (Κομμωτήριο – Κουρείο – Κατάστημα περιποίησης χεριών – Εργαστήριο δερματοστιξίας)».

ΠΡΟΣ:	Το Δήμο ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	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 ¹ :			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αριθ.:	TK:
Τηλ.:		Fax:		E – mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ² (για κατάθεση γνωστοποίησης) : 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.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:			ΑΔΤ:		
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		T.K.:	
Τηλ.:		Fax:		E – mail:	

¹ Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

² Βλ. σημείο1 περιχομένου υπεύθυνης δήλωσης (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις προσώπων)

Επωνυμία:					
Διακριτικός Τίτλος:					
Νομική Μορφή:		ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ.			
ΑΡΜΑΕ: ⁽²⁾ :		Γενικός Αριθμός Μητρώου			
Ειδικός Αριθμός Μητρώου Πρωτοδικείου: ⁽³⁾		Βιβλία			
Αριθμός Μητρώου Ειρηνοδικείου ⁽⁴⁾					
ΑΦΜ:		ΕΔΡΑ (ΔΗΜΟΣ):			
Διεύθυνση Οδός:			Αριθ.		Τ.Κ.:
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:		Εδρα:	
		Διακριτικός Τίτλος:		Εδρα:	
		Διακριτικός Τίτλος:		Εδρα:	

Με την παρούσα επιθυμώ να αντικαταστήσω τη γνωστοποίηση ίδρυσης και λειτουργίας του κάτωθι καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος (αριθμ. ισχύουσας άδειας..... ή αριθμ. βεβαίωσης υποβολής γνωστοποίησης η οποία επέχει θέση άδειας.....) λόγω

1. Λειτουργίας καταστήματος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε) από νέο πρόσωπο (εφόσον δεν έχει γίνει μεταφορά, επέκταση, αλλαγή της χρήσης ή τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας της επιχείρησης)
2. Αποχώρησης ή αντικατάστασης του νόμιμου εκπροσώπου
3. Αλλαγής νομικής μορφής εταιρείας (εφόσον ο Α.Φ.Μ. παραμένει ο ίδιος)
4. Αλλαγής επωνυμίας

Επωνυμία Καταστήματος:				
Είδος Καταστήματος*:				
Κομμωτήριο Κουρείο Κατάστημα περιποίησης χεριών – ποδιών Εργαστήριο δερματοστιξίας (tattoo)				
*Σε περίπτωση μικτής επιχείρησης σημειώστε ΝΑΙ σε περισσότερες δραστηριότητες. Εξαιρούνται τα εργαστήρια δερματοστιξίας τα οποία δεν επιτρέπεται να λειτουργούν στον ίδιο χώρο με άλλες επιχειρήσεις καλλωπισμού, υγειονομικού ή μη ενδιαφέροντος (άρθρο 8 παρ. 2. Απόφασης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π.οικ.21172/ΦΕΚ 306 Β' /14.03.2003)				
Διεύθυνση Επιχείρησης	Δήμος:	Οδός:	Αριθ.:	Τ.Κ.:
τ.μ. ανά επίπεδο		Ημ/νία υποβολής αίτησης οικοδομικής άδειας κτιρίου:		
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.		
Τηλέφωνο:		Φαξ:	E - mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, καθώς και από την υγειονομική διάταξη αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει τη γνωστοποίηση ή/και να παραλάβει τη βεβαίωση υποβολής. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

2. Για την ίδρυση και λειτουργία του ανωτέρω καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος πληρούνται όλες οι νόμιμες προϋποθέσεις και υποχρεώσεις που ορίζονται από

α) τους γενικούς όρους της υγειονομικής διάταξης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012,

β) από τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις περί κουρεών και κομμωτηρίων (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

γ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/Γ.Π/9516/29-01-2009 (ΦΕΚ 139 Β') Υπουργική Απόφαση «Αδειοδότηση καταστημάτων περιποίησης χεριών και ποδιών», (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

δ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/ΓΠ/οικ.21172/03 (ΦΕΚ Β 306/14-03-03) «Περί υγειονομικών όρων και προϋποθέσεων ιδρύσεως και λειτουργίας εργαστηρίων δερματοστιξίας (tattoo) (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση) και

ε) από την ισχύουσα ΚΥΑ για την ίδρυση και λειτουργία καταστημάτων παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος όπως αυτές παρατίθενται στο έντυπο (Μέρος Β') που επισυνάπτεται στη γνωστοποίηση.

³«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»

3. Με την παρούσα δήλωση δεσμεύομαι, εκτός από τις άμεσες υποχρεώσεις που απορρέουν από το σχετικό νομικό πλαίσιο, να τηρήσω και τις υποχρεώσεις για τη λειτουργία επιχείρησης παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος που αφορούν σε μελλοντικές ενέργειες, όπως αυτές ορίζονται από

α) τους γενικούς όρους της υγειονομικής διάταξης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β' /8-10-2012,

β) από τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις περί κουρείων και κομμωτηρίων, (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

γ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/Γ.Π/9516/29-01-2009 (ΦΕΚ 139 Β') Υπουργική Απόφαση «Αδειοδότηση καταστημάτων περιποίησης χεριών και ποδιών», (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

δ) από την υπ' αριθμ Υ1γ/ΓΠ/οικ.21172/03 (ΦΕΚ Β 306/14-03-03) «Περί υγειονομικών όρων και προϋποθέσεων ιδρύσεως και λειτουργίας εργαστηρίων δερματοστιξίας (tattoo) .(Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)

και ε) από την ισχύουσα ΚΥΑ για την ίδρυση και λειτουργία καταστημάτων παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος όπως αυτές παρατίθενται στο έντυπο (Μέρος Β') που επισυνάπτεται στη γνωστοποίηση..

4. Με την παρούσα δήλωση δεσμεύομαι ότι πληρούνται όλες οι νόμιμες προϋποθέσεις και υποχρεώσεις των μέτρων και μέσων πυροπροστασίας όπως ορίζονται από την αριθμ. 8γ/2007 (ΦΕΚ Β' 12) Πυροσβεστική Διάταξη (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής πριν την 17η-2-1989) ή από β) το άρθρ. 9 του Π.Δ/τος 71/1988 (ΦΕΚ Α' 32) (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής μετά την 17η-2-1989)⁴.

5. Δεν έχει επέλθει μεταφορά, επέκταση, αλλαγή χρήσης ή τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας βάσει των οποίων χορηγήθηκε η ισχύουσα άδεια στον/στην(αναφέρεται το όνομα του κατόχου της άδειας που αντικαθίσταται) ή βάσει των οποίων γνωστοποιήθηκε από τον/την(αναφέρεται το όνομα του ενδιαφερόμενου του οποίου η γνωστοποίηση που αντικαθίσταται) (στην περίπτωση λειτουργίας του καταστήματος από νέο πρόσωπο)

.....
(Ημερομηνία)

Ο/Η δηλών/ούσα
(Σφραγίδα-υπογραφή)

Παρατηρήσεις: Στην περίπτωση που ο γνωστοποιών είναι φυσικό πρόσωπο, επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά το φωτοαντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή άλλου εγγράφου όπως σχετικής προσωρινής βεβαίωσης της αρμόδιας αρχής, διαβατηρίου, άδειας οδήγησης ή ατομικού βιβλιαρίου υγείας όλων των ασφαλιστικών φορέων (από τα προβλεπόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 3 του Ν. 2690/1999, όπως ισχύει μετά την τροποποίησή του με το άρθρο 25 του Ν. 3731/2008). Αν ο γνωστοποιών είναι αλλοδαπός – πολίτης κράτους μη μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο ισχύουσας άδειας διαμονής που του επιτρέπει την άσκηση ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. Αν ο γνωστοποιών είναι ομογενής επιδεικνύει στον οικείο δήμο ή στο ΚΕΠ που λειτουργεί ως ΕΚΕ ή αποστέλλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο ειδικής ταυτότητας ομογενούς ή προξενικής θεώρησης για επαναπατρισμό. Στην περίπτωση που η ίδρυση και λειτουργία γνωστοποιείται από εταιρεία κατατίθενται με την υποβολή των υπεύθυνων δηλώσεων ή αποστέλλονται ηλεκτρονικά:

i) Πιστοποιητικό της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής ή δικαστικής αρχής περί μη λύσης και περί μη πτώχευσης της εταιρείας

ii) Βεβαίωση της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής αρχής περί της νομίμου εκπροσώπησης της εταιρείας

Ειδικότερα σε περίπτωση αντικατάστασης της γνωστοποίησης λόγω κληρονομικής διαδοχής απαιτείται η επίδειξη ή ηλεκτρονική αποστολή:

1. Φωτοαντιγράφου της απόφασης του οικείου Πρωτοδικείου με το οποίο δημοσιεύτηκε η διαθήκη, καθώς και του πιστοποιητικού του ίδιου δικαστηρίου περί μη δημοσίευσης άλλης διαθήκης. Σε περίπτωση κατά την οποία η διαθήκη είναι ιδιόγραφη, απαιτείται από το ανωτέρω δικαστήριο η κήρυξή της ως «κυρίας».

2. Αν δεν υπάρχει διαθήκη, ο ενδιαφερόμενος οφείλει να προσκομίσει ή να αποστείλει ηλεκτρονικά φωτοαντίγραφο κληρονομητηρίου (άρθρα 1956 επ. Αστικού Κώδικα). Μέχρι την έκδοση του κληρονομητηρίου είναι δυνατή η αντικατάσταση της γνωστοποίησης στο όνομα του ενδιαφερομένου, υπό την προϋπόθεση κατάθεσης (ή ηλεκτρονικής αποστολής) στον οικείο δήμο πιστοποιητικού εγγύτερων συγγενών και υπευθύνων δηλώσεων αυτών περί της συνέχισης της δραστηριότητας από το συγκεκριμένο πρόσωπο._____

⁶ http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c80621/doc.file/pd8g_2007_el_GR.pdf
http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c30524/doc.file/ar8ro9_el_GR.doc



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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ως νέος κύριος του καταστήματος **(είδος κατ/τος)**.....
στην οδό, δηλώνω ότι δεν έχει επέλθει
μεταφορά, επέκταση, αλλαγή χρήσης ή τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας, βάσει των οποίων
χορηγήθηκε η ισχύουσα άδεια στον/στην **(όνομα κατόχου άδειας)**
ή βάσει των οποίων υπεβλήθη η γνωστοποίηση από τον/την.....
(όνομα ενδιαφερομένου του οποίου η γνωστοποίηση αντικαθίσταται)
(4)

Ημερομηνία:20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.