

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:		Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:	
Επωνυμία:		Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:	
		Διακριτικός Τίτλος:		Έδρα:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ⁸ (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.:		Τ.Κ.:	
ΤΗΛ:		Φαξ:		E-mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ
1. Φωτοαντίγραφα 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 βιβλιάριο υγείας όλων των ασφαλιστικών φορέων)*	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ειδικότερα δικαιολογητικά που τυχόν προβλέπονται για την ανάπτυξη συγκεκριμένης δραστηριότητας (όπως για τη λειτουργία παιδοτόπου, προσφοράς υπηρεσιών διαδικτύου κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, με την οποία θα δηλώνεται ότι: «Τηρούνται οι υγειονομικοί όροι που απαιτούνται από τις κείμενες διατάξεις και δεν επήλθε οποιαδήποτε κτηριοδομική μεταβολή του καταστήματος μου που ευρίσκεται στη διεύθυνση.....»	□	□	□
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 στεγαζομένων 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 αναληθής, ανακαλείται η χορηγηθείσα άδεια ίδρυσης και λειτουργίας του Καταστήματος).	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* 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)

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.

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.

Επιλέξτε με ποιό τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη αποστολή στη
Διεύθυνση.....
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.....
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας.
5. Να σας αποσταλεί με Φαξ στον αριθμό:.....

ΧΡΟΝΟΣ: Η αντικατάσταση της άδειας γίνεται εντός αποκλειστικής προθεσμίας δέκα (10) 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:

ζητώ την αντικατάσταση της υπ. αρ. άδειας μου λόγω προσθήκης νέας δραστηριότητας.....
.....
.....

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

...../...../20.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

