

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 : «ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ».

ΠΡΟΣ: Το Δήμο:	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
	Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:	Α.Φ.Μ.:		
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :	Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:	Αριθ:	ΤΚ.
Τηλ:	Fax:	E – mail:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ^(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ.:	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:	ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:	
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:		
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜ.:	ΤΚ.:
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:	ΝΟΜΟΣ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	FAX:	E – mail:

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘ.:	Τ Κ.:
Τηλ:	Fax:	E – mail:

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽²⁾
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. Έγγραφο στοιχείο βέβαιης χρονολογίας με το οποίο αποδεικνύεται η μεταβίβαση ή η μίσθωση ή εκμίσθωση του καταστήματος ή η μεταβολή στην αρχικά χορηγηθείσα άδεια (ιδιωτικό συμφωνητικό θεωρημένο από συμβολαιογράφο, μισθωτήριο συμβόλαιο θεωρημένο από εφορία, τροποποίηση καταστατικού, δήλωση αλλαγής νομίμου εκπροσώπου κλπ). **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Δήλωση ορισμού του υγειονομικώς και αγορανομικώς υπευθύνου από τον εκπρόσωπο της εταιρείας και υπεύθυνη δήλωση αποδοχής από τον ορισθέντα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 (αντί αποσπάσματος ποινικού μητρώου) στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα: «Ο/Η κάτωθι υπογράφων/φουσα ... δεν έχω καταδικαστεί τελείδικα για κανένα από τα αδικήματα που αναφέρονται στις διατάξεις του άρθρου 1 παρ. 2 του π.δ. 180/1979, όπως αυτό ισχύει» (στην περίπτωση μεταβίβασης, μίσθωσης, υπομίσθωσης σε καταστήματα στα οποία προσφέρονται οινοπνευματώδη ποτά) Στην περίπτωση όπου την αίτηση υποβάλλει εταιρεία, κατατίθενται υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/1986 (αντί αποσπάσματος ποινικού μητρώου) του εκπροσώπου της εταιρείας και του υγειονομικώς υπευθύνου, όλων των μελών προσωπικής εταιρείας (ΟΕ ή ΕΕ), όλων των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου ΑΕ, όλων των διαχειριστών ΕΠΕ με το ίδιο περιεχόμενο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86, με την οποία θα δηλώνεται ότι : «Ως νέος κύριος του καταστήματος..... (είδος καταστήματος) στην οδό δηλώνω ότι δεν έχει επέλθει μεταφορά, επέκταση, αλλαγή χρήσης ή ουσιαστικής τροποποίηση των υγειονομικών όρων λειτουργίας, βάσει των οποίων χορηγήθηκε η ισχύουσα άδεια στον/στην (αναφέρεται το όνομα του κατόχου της άδειας που αντικαθίσταται)». (για τις περιπτώσεις μεταβίβασης ή μίσθωσης ή υπομίσθωσης)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Παράβολο σύμφωνα με την ΚΥΑ 61167/17-12-2007 (ΦΕΚ 2438 Β).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ή σχετική βεβαίωση, για τις περιπτώσεις όπου απαιτείται, του προσώπου στο όνομα του οποίου εκδίδεται η άδεια ή προσώπου που δηλώνεται ότι θα απασχοληθεί στο κατάστημα και είναι κάτοχος αντίστοιχης άδειας. Στην περίπτωση που η άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 1, 2 και 3 του Ν. 3919/2011 (ΦΕΚ 32/Α/2-3-2011), αντί της άδειας άσκησης επαγγέλματος, δύναται να απαιτηθεί απλή βεβαίωση της αρμόδιας αρχής ότι ο ενδιαφερόμενος πληροί όλες τις			

νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος αυτού.			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			
<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 προζενική θεώρηση για επανωπατρισμό. Στην περίπτωση όπου την αίτηση υποβάλλει εταιρεία, κατατίθεται κωδικοποιημένο κατ'επιστολή της εταιρείας σε Φ.Ε.Κ. για Α.Ε. ή Ε.Π.Ε. ή θεωρημένο από το Πρωτοδικείο για Ο.Ε. ή Ε.Ε. (αναζητείται και αυτεπάγγελτα από το Δήμο).</p>			
<p>** Ειδικότερα σε περίπτωση αντικατάστασης της άδειας λόγω μεταβίβασης εξαιτίας κληρονομικής διαδοχής απαιτείται: Επικυρωμένο αντίγραφο της απόφασης του οικείου Πρωτοδικείου με το οποίο δημοσιεύτηκε η διαθήκη, καθώς και πιστοποιητικό του ίδιου δικαστηρίου περί μη δημοσίευσης άλλης διαθήκης. Σε περίπτωση κατά την οποία την οποία η διαθήκη είναι ιδιόγραφη, απαιτείται από το ανωτέρω δικαστήριο η κήρυξη της ως «κυρίας». Αν δεν υπάρχει διαθήκη, ο ενδιαφερόμενος πρέπει να προσκομίσει κληρονομητήριο (άρθρο 1956 επ. Αστικού Κώδικα). Μέχρι την έκδοση του κληρονομητηρίου είναι δυνατή η αντικατάσταση της άδειας στο όνομα του ενδιαφερομένου, υπό την προϋπόθεση κατάθεσης στην αδειοδοτούσα αρχή πιστοποιητικού εγγύτερων συγγενών και υπυθύνων δηλώσεων αυτών περί της συνέχισης της δραστηριότητας από το συγκεκριμένο πρόσωπο.</p>			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή 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 fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Η αντικατάσταση της άδειας γίνεται εντός αποκλειστικής προθεσμίας δεκαπέντε (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:

.....

.....

.....

.....

(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)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

--	--	--	--

- (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»



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

--	--	--	--

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΧΡΟΝΟΣ : Η αντικατάσταση της άδειας γίνεται εντός αποκλειστικής προθεσμίας δεκαπέντε (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.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)