

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

# Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

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 : «Χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ** | **ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  |  |  |  |  ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

# ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | | |  | | | | | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | | Α.Φ.Μ. | | | |  | | Αριθ. Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | | |  | | | | | | | | Ιθαγένεια: | | | |  | | | |
| Ημερομηνία  Γέννησης 1 : | |  | | | | | | |  | | | | | | Τόπος Γέννησης: | | |  | | | |
| Τόπος Κατοικίας | | Χώρα: | | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | | | Fax: |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

## \* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία: | | | | | | | | | | |
| Αρ. Καταστατικού: | | | | | | | Έτος Ίδρυσης: | | | |
| 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: | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 4 (για κατάθεση αίτησης ή για παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):** Σε περίπτωση που δεν  συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. | | | | | | | | | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ: | | |  | | | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | |  | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | | |  | | | | | | | ΑΔΤ: |  | | |
| ΟΔΟΣ: | |  | | | | | ΑΡΙΘ: | |  | | | | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | | | | Fax: |  | | E mail: | | |  | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | |  | | | |

# Παρακαλώ για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία επιχείρησης: | | | | | | |
| Εγκεκριμένος Τίτλος(αν υπάρχει): | | | | | | |
| Διεύθυνση  επιχείρησης | Δήμος/Κοινότητα: | | Οδός | | Αριθ: | ΤΚ: |
| Α.Φ.Μ.: | | | | Δ.Ο.Υ.: | | |
| Τηλ: | | Fax: | | E mail: | | |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όταν ολοκληρωθεί η κατασκευή και ο εξοπλισμός του κτιρίου και του περιβάλλοντα χώρου, για την Άδεια Λειτουργίας της ΜΦΗ υποβάλλονται τα κάτωθι δικαιολογητικά**  **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** |
| 1. **Αίτηση/Υπεύθυνη Δήλωση** του προσώπου (φυσικού ή νομικού), στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια που θα **μνημονεύει τον αριθμό αδείας** που χορηγήθηκε για την ίδρυση. |  |  |  |
| 2. Δικαιολογητικό του ή των υπευθύνων ιατρών, ήτοι:  α) Άδεια άσκησης επαγγέλματος.  β) Πιστοποιητικό εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο του τόπου λειτουργίας της επιχείρησης.  γ) Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 του  προτεινόμενου ιατρού ότι αναλαμβάνει την επιστημονική ευθύνη της επιχείρησης. |  |  |  |
| 3. Εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της επιχείρησης. |  |  |  |
| 4. Πιστοποιητικό Πυρασφάλειας από την Πυροσβεστική  Υπηρεσία. |  |  |  |
| 5. Αντίγραφο της οικοδομικής άδειας θεωρημένο από  το γραφείο Πολεοδομίας για την αποπεράτωση της οικοδομής. |  |  |  |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**  **Α. Εκδίδεται στη συνέχεια η Άδεια Λειτουργίας, με απόφαση του Περιφερειάρχη, ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας Επιτροπής,** ότι η επιχείρηση συγκεντρώνει τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπουργικής απόφασης. Η παραπάνω απόφαση δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης.  **Β. Η αναθεώρηση της άδειας λειτουργίας** είναι απαραίτητη όταν μεταβάλλεται ένα από τα παρακάτω στοιχεία:  α. ιδιοκτησιακό καθεστώς, β. δυναμικότητα κλινών, γ. εσωτερικός κανονισμός, δ. λειτουργία της ΜΦΗ (διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων, κ.λ.π).  **Γ**. Σε περίπτωση που στις ΜΦΗ μεταβληθεί το ιδιοκτησιακό καθεστώς ή ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, αυτές οφείλουν μέσα σε διάστημα 6 μηνών να ενημερώσουν εγγράφως τη Δ/νση, η οποία εκδίδει αναθεωρημένη άδεια λειτουργίας της επιχείρησης χωρίς καμία άλλη διαδικασία. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.  **Δ.** **Οι ΜΦΗ οι οποίες επιθυμούν αλλαγή στη δυναμικότητα των κλινών ή στη λειτουργία της μονάδας**  (διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων κλπ) οφείλουν τα υποβάλλουν στην Δ/νση τα παρακάτω στοιχεία, υπογεγραμμένα από διπλωματούχο μηχανικό:  α. έκθεση στην οποία θα περιγράφονται οι λειτουργικές τροποποιήσεις καθώς και οι τροποποιήσεις χώρων και δυναμικότητας.  β. κατόψεις στις οποίες θα έχουν αποτυπωθεί οι εν λόγω τροποποιήσεις.  Στη συνέχεια η Δ/νση εκδίδει αναθεωρημένη άδεια λειτουργίας (ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας επιτροπής). Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.  **Ε.** Για τις ΜΦΗ που έχουν λάβει άδεια λειτουργίας πριν τη δημοσίευση της υπ’αριθμ. Π1γ/ΟΙΚ.81551/2007 (ΦΕΚ1136/τΒ/2007) υπουργικής απόφασης κάθε νέα προσθήκη κτισμάτων στο ίδιο ή σε όμορο οικόπεδο με σκοπό την αύξηση της δυναμικότητας των κλινών μέχρι του ανώτατου επιτρεπόμενου αριθμού των 100 κλινών που πραγματοποιείται μετά την δημοσίευση της παρούσας, θα διέπεται **μόνο** ως προς τις διαστάσεις των θαλάμων, τον χώρο διημέρευσης, τραπεζαρίας και τις υπαίθριες εγκαταστάσεις από τις ρυθμίσεις του παρόντος κτιριολογικού προγράμματος (άρθρο 4,ΠΙΝΑΚΑΣ Ι).  **ΣΤ**. Οι ΜΦΗ που έχουν λάβει άδεια Λειτουργίας πριν τη δημοσίευση της υπ’αριθμ. Π1γ/οικ.81551/2007 (ΦΕΚ1136/τΒ/6-7-2007) υπουργικής απόφασης και έχουν προβεί σε τροποποιήσεις των εγκαταστάσεων τους που συνεπάγεται αύξηση ή μείωση των κλινών τους όφειλαν να υποβάλλουν στη Δ/νση μέσα σε διάστημα ενός έτους από τη δημοσίευση της παρούσας τα παρακάτω στοιχεία υπογεγραμμένα από διπλωματούχο μηχανικό:  α. Έκθεση στην οποία θα περιγράφονται οι λειτουργικές τροποποιήσεις καθώς και οι τροποποιήσεις χώρων και δυναμικότητας.  Β Κατόψεις, στις οποίες θα έχουν αποτυπωθεί οι εν λόγω τροποποιήσεις.  Στη συνέχεια η αρμόδια Δ/νση εκδίδει αναθεωρημένη άδεια λειτουργίας (ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας επιτροπής) με βάση τις διατάξεις που ίσχυαν κατά ην αρχική τους αδειοδότηση. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς την παραπάνω υποχρέωση θα εφαρμόζονται οι ισχύουσες κυρώσεις.  **Ζ**. Σε περίπτωση μεταστέγασης απαιτείται νέα άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με τις διατάξεις της υπ’αριθμ. Π1γ/οικ.81551/6-7-2007 (ΦΕΚ1136/τΒ/2007) υπουργικής απόφασης.  **Η.** Οι λειτουργούσες ΜΦΗ με άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ 692/1979 δεν οφείλουν να προσαρμοστούν με τι διατάξεις των σχετικών υπουργικών αποφάσεων ή τις διατάξεις της υπ’αριθμ. Π1γ/οικ.81551/2007 (ΦΕΚ1136/τΒ/6-7-2007) υπουργικής απόφασης. | | | |
| **Επιλέξτε µε ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** | | | |
| 1. Να σας αποσταλεί µε συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση: 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος απ3ό την υπηρεσία µας 3. Να την παραλάβετε από ΚΕΠ : 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας: 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: | | | |

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:

Το περιεχόμενο της υπεύθυνης δήλωσης έχει ως εξής: « »

## (Ημερομηνία) Γρεβενά…………………

(Υπογραφή) …………………………

1. Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθµός ή ημερομηνία γέννησης:: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 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».
3. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31Ν.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)