**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)

**«Αίτηση χορήγησης άδειας λιανικής πώλησης κτηνιατρικών φαρμακευτικών προϊόντων»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ :** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  **Δ/ΝΣΗ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ**  **Π. Ε. ....................................** | | **Αρ. Πρωτ.** | **Ημερομηνία** |
|  | | ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** | | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ : | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: | | | ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: | | | ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: | | |
| Α.Φ.Μ (φυσικού ή νομικού προσώπου): | | | Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας/Αριθ. Διαβατηρίου \*: | | |
| Υπηκοότητα: | | Ημερομηνία γέννησης**(1):** | | Τόπος Γέννησης: | |
| Τόπος Κατοικίας: | Οδός: | | Αριθ: | | Τ.Κ.: |
| Τηλ: | | | E – mail: | | |
| **Έδρα επιχείρησης:** | Οδός: | | Αριθ: | | Τ.Κ.: |
| Τηλ: | | | E – mail: | | |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(2) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**: Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται η προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. | | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: | | | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | | Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:\* | | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ  Οδός: | | Αριθ.: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | | E – mail: | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**ΛΙΑΝΙΚΗ ΠΩΛΗΣΗ**

1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Κτηνιατρικής Σχολής Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) της ημεδαπής ή πτυχίου ΚΑΤΕΕ του άρθρου 5 του ΠΔ 463/1987 (ΦΕΚ 216 Α΄) ή πτυχίου ΑΤΕΙ του άρθρου 4 του ΠΔ 109/1989 (ΦΕΚ 47 Α΄) ή ισότιμου πτυχίου ή διπλώματος, αντίστοιχων ειδικοτήτων, σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος στην Ελλάδα, εφόσον απαιτείται, ή πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) της ημεδαπής ή ισότιμου της αλλοδαπής, του υπεύθυνου επιστήμονα.
2. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο (από όπου προκύπτει η ελληνική ιθαγένεια ή η υπηκοότητα ενός από τα Κράτη - μέλη της Ε.Ε του επιστημονικού υπευθύνου).
3. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (εφόσον απαιτείται).
4. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης του υπεύθυνου επιστήμονα ότι έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές υποχρεώσεις ή έχει νόμιμα απαλλαγεί από αυτές.
5. Υπεύθυνη δήλωση του υπεύθυνου επιστήμονα ότι δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή ή δεν έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος, κιβδηλεία, παραχάραξη και παράβαση των διατάξεων των άρθρων 5 και 12 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α΄), όπως ισχύει, και καθ’ υποτροπή του άρθρου 11 του ίδιου νόμου ή δεν έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ’ υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επιβλήθηκε η στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων.
6. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου επιστήμονα στην οποία δηλώνεται ότι:«Δεν κατέχει έμμισθη θέση στο Δημόσιο ή σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Π.Δ.) ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), ούτε έχει άλλη απασχόληση σχετική με το αντικείμενο του επαγγέλματός του».
7. Βεβαίωση της οικείας Πολεοδομικής Αρχής ή ιδιώτη μηχανικού (παρ. 2 του άρθρου 83 του Ν.4495/2017) ότι το κατάστημα δεν είναι αυθαίρετο και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές ή προσθήκες, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί αυθαιρέτων
8. Αντίγραφο συμφωνητικού μίσθωσης του καταστήματος (TAXIS) ή του νόμιμου τίτλου κυριότητας του ενδιαφερομένου.
9. Βεβαίωση της οικείας Πυροσβεστικής Υπηρεσίας ότι το κατάστημα διαθέτει σύστημα πυρασφάλειας ή επαρκή μέσα πυρόσβεσης.
10. Σχέδιο κάτοψης του καταστήματος με τις διαστάσεις αυτού (σε κλίμακα 1:100 και υπογεγραμμένο

από ιδιώτη μηχανικό).

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

Υπεύθυνες Δηλώσεις(άρθρο 8 Ν. 1599/1986) **:**

**1**.«Δηλώνω ότι δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή και δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος, κιβδηλεία, παραχάραξη και παράβαση των διατάξεων των άρθρων 5 και 12 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α΄), όπως ισχύει, και καθ’ υποτροπή του άρθρου 11 του ίδιου νόμου και δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ’ υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επιβλήθηκε η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων».

**2.** «Δηλώνω ότι : α) δεν κατέχω έμμισθη θέση στο Δημόσιο ή σε νομικό πρόσωπο δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, ούτε έχω άλλη απασχόληση σχετική με το αντικείμενο του επαγγέλματός μου β) δεν έχω συνταξιοδοτηθεί για λόγους υγείας από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα ή δεν έχω συμπληρώσει το ανώτατο όριο για την παροχή σύνταξης ή δεν έχω τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης και έχω παραιτηθεί από το δικαίωμα λήψης της σύνταξης, γ) δεν έχω τιμωρηθεί για παράβαση της κτηνιατρικής νομοθεσίας και δεν έχω άδεια λιανικής ή χονδρικής πώλησης κτηνιατρικών φαρμακευτικών προϊόντων στο όνομα μου που να έχει ανακληθεί οριστικά».

**3.** Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν.

**ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗΣ :** Έως 50 ημέρες από την υποβολη του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

Σε περίπτωση παρέλευσης άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας, η αίτηση του ενδιαφερομένου εγκρίνεται σιωπηρώς και θεωρείται ότι η άδεια έχει εκδοθεί, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 14 του Ν. 3844/2010 (ΦΕΚ 63/Α’/3-5-2010). Ο ενδιαφερόμενος, στην προαναφερόμενη περίπτωση της σιωπηρής έγκρισης, μπορεί να ζητήσει σχετική βεβαίωση από την αρμόδια για την έκδοση της πράξης διοικητική αρχή, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 10 του 3230/2004 (ΦΕΚ 44/Α’/11-2-2004).

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας** |
| 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση σας  2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας  3. Να την παραλάβει ο εκπρόσωπός σας  4. Να σας αποσταλεί ηλεκτρονικά στο email σας |

**ΚΟΣΤΟΣ: 0 €**

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:

Το περιεχόμενο της υπεύθυνης δήλωσης έχει ως εξής : «..……………………………………………»

Ημερομηνία

(Υπογραφή)

*(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου* 1969 γράφεται αριθμητικά: 07/02/69.

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

(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».

Σας ενημερώνουμε ότι:

α) Τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στην Αίτησή σας και τα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας Αίτησης και θα διαβιβαστούν στις αρμόδιες Υπηρεσίες.

β) Υπεύθυνος επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων που περιέχονται στην αίτηση και στα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα είναι η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας.

γ) Τα προσωπικά σας δεδομένα διατηρούνται από τον Οργανισμό μας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται κατά το νόμο, λαμβάνονται, δε, τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους.

δ) Δικαιούστε να ασκήσετε τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, φορητότητας, με αλληλογραφία φυσική (4ο χλμ Ε.Ο. Λαμίας-Στυλίδας, Τ.Κ. 35150 Λαμία) ή ηλεκτρονική (gdpaok@pste.gov.gr).

ε) Έχετε δικαίωμα καταγγελίας προς την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) (www.dpa.gr)."