

## ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ - 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)

**«Γνωστοποίηση ίδρυσης και λειτουργίας Καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε.) (Κομμωτήριο - Κουρείο - Κατάστημα περιποίησης ποδιών χεριών - Εργαστήριο δερματοστιξίας)».**

<b>ΠΡΟΣ:</b>	Δήμο .....	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
<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 <sup>3</sup> :			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:			Fax:			E - mail:	

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

<b>ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>4</sup> (για κατάθεση γνωστοποίησης):</b> 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:			Fax:			E - mail:	

<sup>3</sup> Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

<sup>4</sup> Βλ. σημείο 1 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.:		T.K.:
Τηλέφωνο:				Φαξ:		E - mail:	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ** \*(Νομικά Πρόσωπα υπό σύσταση) (5)

Κατάθεση γνωστοποίησης από το νόμιμο εκπρόσωπο 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				Έδρα	
Επωνυμία:		ς				Έδρα	
		ς				:	
		ς				:	

Με την παρούσα επιθυμώ να γνωστοποιήσω την ίδρυση και λειτουργία του κάτωθι καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος

<b>Επωνυμία καταστήματος:</b>				
<b>Είδος Καταστήματος*:</b>				
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.:	ΤΚ:
τ.μ. ανά επίπεδο:		Ημ/νια υποβολής οικοδομικής άδειας κτιρίου:		
Α.Φ.Μ. :		Δ.Ο.Υ.:		
Τηλ:	Fax:	E – mail:		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>5</sup>, 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 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/Γ.Π/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

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 καταστήματος 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

<sup>5</sup> «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».

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

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 17<sup>η</sup>-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 17<sup>η</sup>-2-1989)<sup>6</sup>.

.....  
(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 λήσης και περί μη πτώχευσης της εταιρείας
- ii) Βεβαίωση της αρμόδιας για την τήρηση του μητρώου διοικητικής αρχής περί της νομίμου εκπροσώπησης της εταιρείας

<sup>6</sup> [http://www.fireservice.gr/pyr\\_cms\\_files/dynamic/c80621/doc.file/pd8g\\_2007\\_el\\_GR.pdf](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](http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c30524/doc.file/ar8ro9_el_GR.doc)

**2. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΟΠΤΕΥΟΝΤΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ** (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)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ :**

Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*:			Α.Φ.Μ.:			Αριθ. Μητρώου Τ.Ε.Ε.:	
Αριθ. Διαβατηρίου*:			Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας*:			Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία γέννησης*:					Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:			Αριθ:	TK:
Τηλ:			Fax:			E - mail:	
Στοιχεία Μέλους ΤΕΕ:							

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>8</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, καθώς και από τις γενικότερες διατάξεις του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου για την άσκηση της δραστηριότητας του μηχανικού δηλώνω ότι:

Για την ίδρυση και λειτουργία του καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος με την επωνυμία \_\_\_\_\_ 1. πληρούνται οι κτιριολογικές προϋποθέσεις και υποχρεώσεις που ορίζονται στην ισχύουσα νομοθεσία, οι προϋποθέσεις χώρου κύριας χρήσης σύμφωνα με τον Οικοδομικό Κανονισμό και τον Κτιριοδομικό Κανονισμό και οι προϋποθέσεις του Κανονισμού Πυροπροστασίας καθώς και των εκάστοτε ισχυουσών πολεοδομικών διατάξεων και τα νομιμοποιητικά στοιχεία αυτού είναι τα εξής:

(περιγράφονται αναλυτικά) και 2. οι γενικότερες προϋποθέσεις που αφορούν στη διαμόρφωση του χώρου και ορίζονται  
 α) στους γενικούς όρους της υγειονομικής διάταξης αριθμ. Υ1γ/Γ.Π/οικ.96967/ΦΕΚ 2718 Β'/8-10-2012,  
 β) στις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις περί κουρείων και κομμωτηρίων,  (Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση)  
 γ) στην 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) στην 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) στην ισχύουσα ΚΥΑ για την ίδρυση και λειτουργία καταστημάτων παροχής υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος όπως αυτές παρατίθενται στο έντυπο (Μέρος Β') που επισυνάπτεται στη γνωστοποίηση.  
 Εξαιρούνται οι κτιριολογικές προϋποθέσεις και οι όροι υγιεινής και ασφάλειας η τήρηση των οποίων εμπίπτει στην ευθύνη του ιδιοκτήτη  
 Τηρούνται τα μέτρα και λειτουργούν καλώς τα μέσα πυροπροστασίας που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία<sup>9</sup>.

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η υπογράφων/ουσα Μηχανικός  
(Σφραγίδα-υπογραφή)

<sup>7</sup> Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός: π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

<sup>8</sup> «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».

<sup>9</sup> [http://www.fireservice.gr/pyr\\_cms\\_files/dynamic/c80621/doc.file/pd8g\\_2007\\_el\\_GR.pdf](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](http://www.fireservice.gr/pyr_cms_files/dynamic/c30524/doc.file/ar8ro9_el_GR.doc)

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Είδος Γνωστοποίησης	Ίδρυση και λειτουργία καταστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος (Κ.Π.Υ.Υ.Ε.) (Κομμωτήριο - Κουρείο - Κατάστημα περιποίησης ποδιών χεριών - Εργαστήριο δερματοστιξίας)		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αρ. Πρωτ.:		Ημ/νια Υποβολής:	
Αρμόδιος Υπάλληλος	Όνομα:		Επώνυμο:

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Γνωστοποιών (φυσικό πρόσωπο)	Όνομα:		Επώνυμο:	
Γνωστοποιών (νομικό πρόσωπο)	Επωνυμία εταιρείας:			
Γνωστοποιών (νομικό πρόσωπο)	Όνομα νομίμου εκπροσώπου:		Επώνυμο νομίμου εκπροσώπου:	
Ταχυδρομική Διεύθυνση Καταστήματος	Οδός:		Αριθμ.:	
Τ.Κ.		Περιοχή:		
Παρεχόμενες υπηρεσίες				

(Συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο)

Η παρούσα βεβαίωση υποβολής γνωστοποίησης επέχει θέση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας του ανωτέρω Καταστήματος Παροχής Υπηρεσιών Υγειονομικού Ενδιαφέροντος.

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

## ΜΕΡΟΣ Β'

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ (Κομμωτήριο - Κουρείο - Κατάστημα  
περιποίησης ποδιών χεριών - Εργαστήριο δερματοστιξίας)**

	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	Επιλέγεται ανάλογα με την περίπτωση
<b><u>Α.ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ</u></b>		
<b>Κομμωτήρια/ καταστήματα περιποίησης χεριών-ποδιών</b>	1. Ο /Η υπεύθυνος/η λειτουργίας της επιχείρησης ή το προσωπικό που απασχολείται στο Κατάστημα διαθέτει άδεια άσκησης επαγγέλματος, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.	<input type="checkbox"/>
	2. Η επιχείρηση τηρεί στις εγκαταστάσεις της τα ακόλουθα: α) Αντίγραφο οικοδομικής άδειας με βεβαίωση κύριας χρήσης για ΚΥΕ β) Αρχείο προγράμματος καθαρισμού και απολύμανσης γ) Κατάσταση προσωπικού (με τα πιστοποιητικά υγείας και άδειες άσκησης επαγγέλματος, όπου απαιτείται)	<input type="checkbox"/>
<i>Έχει κατατεθεί κατά τη διαδικασία της προέγκρισης</i>	3. Η εγκατάσταση της επιχείρησης εντός πολυκατοικίας/οικήματος στο οποίο στεγάζονται κατοικίες α) δεν απαγορεύεται από τον Κανονισμό της Πολυκατοικίας είτε β) πραγματοποιείται με τη σύμφωνη γνώμη της πλειοψηφίας των ιδιοκτητών των στεγαζόμενων στο ίδιο κτίριο κατοικιών, όπως αυτή πιστοποιείται με σχετική υπεύθυνη δήλωση του διαχειριστή της πολυκατοικίας (ισχύει για Κ.Υ.Ε τα οποία λειτουργούν σε ισόγειους ή άλλους χώρους πολυκατοικιών και γενικά οικήματων στα οποία στεγάζονται κατοικίες)	<input type="checkbox"/>
	4. Βεβαιώνεται ότι έχει δηλωθεί η έναρξη επιτηδεύματος στην οικεία Δ.Ο.Υ.	<input type="checkbox"/>
<b>Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>		
	1. Βεβαιώνεται ότι το προσωπικό που απασχολείται/ θα απασχολείται στην επιχείρηση είναι εφοδιασμένο α) με το πιστοποιητικό υγείας που προβλέπεται από την υγειονομική διάταξη υπ. αριθμ Υ1γ/Γ.Π/οικ. 35797 (ΦΕΚ 1199/11-04-2012) και β) με άδεια άσκησης επαγγέλματος ή έχει αναγγείλει την άσκηση του επαγγέλματος, όπου αυτή απαιτείται. 2. Έχει οριστεί υγειονομικός υπεύθυνος του καταστήματος (για την περίπτωση ίδρυσης και λειτουργίας κουρείου/κομμωτηρίου)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Γ. ΚΤΙΡΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ/ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΟΡΟΙ</b>	1α. Το οίκημα στο οποίο στεγάζεται η επιχείρηση πληροί τις διατάξεις του Οικοδομικού κανονισμού και του Κτιριοδομικού Κανονισμού 1β. Ο χώρος της επιχείρησης είναι κύριας χρήσης προοριζόμενος για ΚΥΕ	<input type="checkbox"/>

	2.Πληρούνται όλες οι νόμιμες προϋποθέσεις και υποχρεώσεις των μέτρων και μέσω πυροπροστασίας όπως ορίζονται από την αριθμ. 8γ/2007 (ΦΕΚ Β'12) Πυροσβεστική Διάταξη (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής πριν την 17 <sup>η</sup> -2-1989)  ή από το άρθρ. 9 του Π.Δ/τος 71/1988 (ΦΕΚ Α' 32) (για κτίρια με αίτηση για άδεια οικοδομής μετά την 17 <sup>η</sup> -2-1989)	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>α) Κομμωτήριο-Κουρείο</b>	Το κατάστημα έχει ελάχιστο εμβαδόν ίσο ή μεγαλύτερο των 8 τ.μ, για (1) θέση και των 12 τ.μ. για (2) θέσεις. Για κάθε επιπλέον θέση διατίθενται 3 τ.μ ανά κάθισμα.	<input type="checkbox"/>
<b>β) Κατάστημα περιποίησης χεριών, ποδιών</b>	α) Το κατάστημα έχει ελάχιστο εμβαδόν 15 τ.μ. με ελάχιστο χώρο εργασίας τα 4 τ.μ ανά θέση και απόσταση μεταξύ θέσεων τουλάχιστον 1 μέτρου. β) Στο κατάστημα υπάρχει χώρος αναμονής που παρεμποδίζει την οπτική επαφή με τον χώρο παροχής των υπηρεσιών περιποίησης γ) (για τις περιπτώσεις μικτών καταστημάτων) Διατίθενται 4 τ.μ ανά θέση εργασίας σε χώρο μόνιμα διαχωρισμένο από το υπόλοιπο κατάστημα	<input type="checkbox"/>
<b>γ) Εργαστήριο δερματοστιξίας</b>	α) Το εργαστήριο έχει εμβαδόν ίσο ή μεγαλύτερο των 15 τ.μ β) (για τις περιπτώσεις περισσότερων της μιας θέσης εργασίας) Στο κατάστημα υπάρχει χώρος 10 επιπλέον τ.μ. για κάθε πρόσθετη θέση εργασίας γ) Οι χώροι της κάθε θέσης εργασίας είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους και χωρίζονται ο ένας από τον άλλο με κατάλληλο χώρισμα (τοίχο ή άλλη στέρεη κατασκευή) μέχρι ύψους το λιγότερο 2 μέτρων δ) (για τις περιπτώσεις που ο χώρος εργασίας με περισσότερες από μία θέσεις είναι ενιαίος) Κάθε θέση εργασίας απομονώνεται από τις υπόλοιπες με ειδική συρόμενη κατασκευή ε) Ο χώρος αναμονής πελατών έχει εμβαδό ίσο ή μεγαλύτερο των 10 τ.μ., είναι απομονωμένος από το χώρο εργασίας με τοίχο και θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για την αναμονή των πελατών και των συνοδών τους	<input type="checkbox"/>
<b>Γ2. ΟΡΟΦΕΣ, ΤΟΙΧΟΙ, ΔΑΠΕΔΑ, ΠΑΡΑΘΥΡΑ ΚΛΠ</b>		
<b>α) Δάπεδα</b>	Το δάπεδο της επιχείρησης είναι κατάλληλο για τους σκοπούς της επιχείρησης και καλής κατασκευής (ανθεκτικό, λείο, αδιαπτόστιτο, μη εύθριπτο, συνεχές και μη ολισθηρό). Παρέχει τη δυνατότητα εύκολου και αποτελεσματικού καθαρισμού και απολύμανσης.	<input type="checkbox"/>
<b>β) Τοίχοι</b>	Σε όλους τους χώρους οι τοίχοι είναι κατάλληλης κατασκευής και λείοι, ώστε να διευκολύνεται ο καθαρισμός τους.	<input type="checkbox"/>
<b>γ) Οροφές</b>	Οι οροφές είναι κατασκευασμένες από υλικά (ή χρωματίζονται και στιλβώνονται με κατάλληλα υλικά)	<input type="checkbox"/>
<b>δ) Πόρτες - Παράθυρα</b>	Όλοι οι χώροι διαθέτουν παράθυρα καλής κατασκευής η οποία επιτρέπει τον αποτελεσματικό καθαρισμό	<input type="checkbox"/>
<b>Γ.3. ΎΔΡΕΥΣΗ - ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ</b>		
	Βεβαιώνεται η ταυτόχρονη παροχή ζεστού - κρύου νερού με μίκτη σε όσες βρύσες της επιχείρησης αυτό απαιτείται και σε όλες τις βρύσες των αποχωρητηρίων	<input type="checkbox"/>



<b>Εργαστήριο δερματοστιξίας</b>	Βεβαιώνεται η ύπαρξη νιπτήρα με εγκατάσταση ζεστού και κρύου νερού με ρυθμιζόμενο κρουνό (μπαταρία) σε κάθε θέση εργασίας και πλησίον του πάγκου εργασίας	<input type="checkbox"/>
	Βεβαιώνεται η σύνδεση της επιχείρησης με το κεντρικό αποχετευτικό δίκτυο	<input type="checkbox"/>
	(για τις περιπτώσεις που δεν υπάρχει αποχετευτικό δίκτυο) Βεβαιώνεται η πιστή εφαρμογή των διατάξεων του ισχύοντος Πολεοδομικού Κανονισμού σχετικά με τις αποχετεύσεις	<input type="checkbox"/>
<b>Γ.4. ΦΩΤΙΣΜΟΣ - ΑΕΡΙΣΜΟΣ</b>		
	Βεβαιώνεται ότι η επιχείρηση εξασφαλίζει επαρκή φυσικό ή/και τεχνητό φωτισμό σε όλους της τους χώρους, ώστε να εξασφαλίζεται η ευχερής εκτέλεση των εργασιών και να διαπιστώνεται το επίπεδο καθαριότητας	<input type="checkbox"/>
	Βεβαιώνεται η διασφάλιση επαρκούς εξαερισμού με φυσικό ή/και τεχνητό τρόπο (μηχανολογική εγκατάσταση).	<input type="checkbox"/>
<b>Γ.5 ΑΠΟΧΩΡΗΤΗΡΙΑ</b>	Βεβαιώνεται η ύπαρξη αποχωρητηρίων με τα κάτωθι απαιτούμενα χαρακτηριστικά:	<input type="checkbox"/>
<b><u>Αποχωρητήρια πελατών</u></b>	α) Τα αποχωρητήρια της επιχείρησης διαθέτουν προθάλαμο με πόρτα στην είσοδο του, με νιπτήρα με παροχή ζεστού- κρύου νερού και τον παρελκόμενο εξοπλισμό για το πλύσιμο των χεριών (σαπούνι, χειροπετσέτες μίας χρήσης ή αεροστεγνωτήρα και κάδο απορριμμάτων με κάλυμμα με ποδοκίνητο μηχανισμό ή μηχανισμό με φωτοκύτταρο).	<input type="checkbox"/>
	β) Μεταξύ του προθαλάμου και των κυρίως διαμερισμάτων μεσολαβεί πόρτα που μπορεί να κλειδώνει.	<input type="checkbox"/>
	γ) Τα τοιχώματα, οι πόρτες και τα δάπεδα των αποχωρητηρίων είναι επενδυμένα με υλικά που επιτρέπουν τον καθαρισμό με υγρή μέθοδο και τα οποία εξασφαλίζουν στεγανότητα και αντοχή στη χρήση των απορρυπαντικών και απολυμαντικών σκευασμάτων	<input type="checkbox"/>
	δ) Οι υδραυλικές εγκαταστάσεις συνδέονται αποκλειστικά με το σύστημα αποχέτευσης (σύμφωνα με τις ισχύουσες πολεοδομικές διατάξεις)	<input type="checkbox"/>
	ε) (Για τις περιπτώσεις που υπάρχουν στην επιχείρηση αποχωρητήρια ΑΜΕΑ) Ο εξοπλισμός και οι χώροι εξυπηρέτησης των αποχωρητηρίων ΑΜΕΑ ακολουθούν τις προδιαγραφές που θέτει ο ισχύων Οικοδομικός Κανονισμός	<input type="checkbox"/>
<b><u>Αποχωρητήρια προσωπικού</u></b>	(Για της περιπτώσεις επιχειρήσεων που απασχολούν ή προβλέπεται να απασχολούν μελλοντικά περισσότερα από 5 άτομα προσωπικό ανά βάρδια <sup>20</sup> ) Βεβαιώνεται η ύπαρξη ιδιαίτερου αποχωρητηρίου αποκλειστικής χρήσης από το προσωπικό, το οποίο είναι κατασκευασμένο σύμφωνα με της προδιαγραφές των αποχωρητηρίων των πελατών	<input type="checkbox"/>
<b>Γ.6. ΑΠΟΔΥΤΗΡΙΑ</b>		
	Βεβαιώνεται η ύπαρξη χώρου αποδυτηρίων με ένα ερμάρι ανά εργαζόμενο	<input type="checkbox"/>

<sup>20</sup> Η διαπίστωση του αριθμού των εργαζομένων θα γίνεται από την καθ' ύλην αρμόδια υπηρεσία με κάθε πρόσφορο τρόπο (κατάσταση προσωπικού της επιθεώρησης εργασίας, αυτοψία ή άλλο). Ο ιδιοκτήτης ή οι ιδιοκτήτες της επιχείρησης δεν προσμετρώνται στον αριθμό των απασχολούμενων κατά βάρδια ατόμων

	(για της περιπτώσεις επιχειρήσεων που απασχολούν ή προβλέπεται να απασχολούν μελλοντικά περισσότερα από 5 άτομα προσωπικό διαφορετικού φύλου ανά βάρδια) Βεβαιώνεται η ύπαρξη ξεχωριστών αποδυτηρίων ανδρών-γυναικών	<input type="checkbox"/>
	Οι τοίχοι, τα δάπεδα, η οροφή, οι πόρτες, τα παράθυρα και ο εξοπλισμός των αποδυτηρίων πληρούν της γενικούς όρους που ισχύουν για όλους της χώρους της επιχείρησης	<input type="checkbox"/>
<b>Δ. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ</b>		
<b><u>Κομμωτήρια - κουρέια</u></b>	Για κάθε πελάτη θα χρησιμοποιείται διαφορετική καθαρή πετσέτα που μπορεί να είναι της χρήσης. Οι καθαρές πετσέτες θα φυλάσσονται εντός κλειστών προθηκών και σε διαφορετικό χώρο από της χρησιμοποιημένες	<input type="checkbox"/>
	Οι χρησιμοποιούμενες βούρτσες, κτένες κλπ θα διατηρούνται απολύτως καθαρά εντός κλειστών προθηκών	<input type="checkbox"/>
	Στην επιχείρηση θα χρησιμοποιούνται μόνο υλικά περιποίησης (της κρέμες, βαφές κλπ) εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ	<input type="checkbox"/>
	Για κάθε πελάτη θα χρησιμοποιείται διαφορετική καθαρή πετσέτα που μπορεί να είναι της χρήσης. Οι καθαρές πετσέτες θα φυλάσσονται εντός κλειστών προθηκών και σε διαφορετικό χώρο από της χρησιμοποιημένες	<input type="checkbox"/>
<b><u>Καταστήματα περιποίησης χεριών και ποδιών</u></b>		<input type="checkbox"/>
	Τα εργαλεία που δεν είναι της χρήσης θα αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση σε ειδικό κλίβανο.	<input type="checkbox"/>
	Όσα σκεύη ή εργαλεία δεν μπορούν να αποστειρωθούν θα καθαρίζονται με απορρυπαντικό και νερό και στη συνέχεια θα απολυμαίνονται με κατάλληλα σκευάσματα εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ.	<input type="checkbox"/>
	Στην επιχείρηση θα χρησιμοποιούνται μόνο υλικά περιποίησης (της κρέμες, βερνίκια νυχιών κλπ) εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ	<input type="checkbox"/>
	Για κάθε πελάτη θα χρησιμοποιείται διαφορετική καθαρή πετσέτα που μπορεί να είναι της χρήσης. Οι καθαρές πετσέτες θα φυλάσσονται εντός κλειστών προθηκών και σε διαφορετικό χώρο από της χρησιμοποιημένες	<input type="checkbox"/>

<b><u>Εργαστήρια δερματοστιξίας</u></b>	<p>Το εργαστήριο διαθέτει το σύνολο του απαραίτητου εξοπλισμού (μηχανήματα, όργανα, συσκευές και σκεύη) της της ορίζεται στο α. 1 της Υ1γ/ΓΠ/οικ.21172/03 (ΦΕΚ Β 306/14-03-03) ήτοι:</p> <p>α) Δερματοστίκτης  β) Λαβές δερματοστίκτη  γ) Μπάρες βελονών  δ) Βελόνες  ε) Τροφοδοτικό ρεύματος  στ) Πετάλι  ζ) Συσκευή καθαρισμού  η) Αποστειρωτής  θ) Πάγκος εργασίας  ι) Ψεκαστήρας αποστειρωμένου νερού  ια) Απολυμαντικό υγρό  ιβ) Κάδος απορριμάτων  ιγ) Δοχείο απόρριψης βελονών  ιδ) Καλάι ανοξείδωτο  ιε) Μεγεθυντικός φακός  ιστ) Πλαστικά καπάκια, σπάτουλες, ξυραφάκια, γάντια, στάμπες της χρήσης  ιζ) καταπραϋντική καλλυντική αλοιφή</p>	<input type="checkbox"/>
<b>E. ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ</b>		
	Βεβαιώνεται ότι στην επιχείρηση θα υπάρχουν κάδοι απορριμμάτων που θα διαθέτουν κάλυμμα με ποδόπληκτρο ή αυτόματο μηχανισμό ανοίγματος, θα είναι κατασκευασμένοι από υλικό ανθεκτικό και εύκολα πλενόμενο και θα παραμένουν κλειστοί όταν δεν χρησιμοποιούνται. Επιπλέον βεβαιώνεται ότι	<input type="checkbox"/>
	α) Θα εξασφαλίζεται η έγκαιρη απομάκρυνση των απορριμμάτων ώστε να μη συσσωρεύονται της κάδους.	<input type="checkbox"/>
	β) Το σύνολο των απορριμμάτων θα απομακρύνονται στο τέλος λειτουργίας κάθε ημέρας	<input type="checkbox"/>
	γ) Ο καθαρισμός των κάδων απορριμμάτων θα εντάσσεται στο πρόγραμμα καθαριότητας της επιχείρησης και θα περιλαμβάνει απολύμανση	<input type="checkbox"/>
<b><u>Εργαστήρια δερματοστιξίας</u></b>	Βεβαιώνεται ότι οι χρησιμοποιημένες βελόνες θα απορρίπτονται σε ειδικό δοχείο (το οποίο προειδοποιεί για το περιεχόμενό του) το οποίο θα αποστέλλεται στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή στο πλησιέστερο εργαστήριο ή φαρμακείο που εξυπηρετείται από νοσοκομείο για την απόρριψη ιατρικής φύσης απορριμμάτων	<input type="checkbox"/>

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 27 Δεκεμβρίου 2013

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΤΟΥΡΝΑΡΑΣ**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

**ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΜΗΤΣΟΤΑΚΗΣ**

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΝΙΑΤΗΣ**

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΙΧΕΛΑΚΗΣ**

ΥΓΕΙΑΣ

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ - ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ**

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

**ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ**



\* 0 2 0 3 4 0 3 3 1 1 2 1 3 0 0 3 6 \*

**ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* ΤΗΛ. 210 52 79 000 \* FAX 210 52 21 004