

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ
Α.Ε.Α./Δ.Δ.Α.

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘΜΟΣ.....
Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ.....
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ.....
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.....
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....

(Μέσω του Τμήματος ή της Υποδιεύθυνσης Ασφαλείας και όπου δεν υπάρχουν στο Αστυνομικό Τμήμα γενικής αρμοδιότητας της περιοχής που έχει την έδρα της η επιχείρηση)

Με την παρούσα αίτηση σας υποβάλω τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στην υπ' αριθ. 1016/109/121-ι' από 05-08-2009 (ΦΕΚ 1710 τ.Β'/19-8-2009) Απόφαση κ.Αναπληρ. Υπουργού Εσωτερικών, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. 1016/109/121-ιδ' από 20-4-2010 Απόφαση κ. Υφυπουργού Προστασίας του Πολίτη (ΦΕΚ 571 τ.Β'/03-05-2010) και παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια λειτουργίας **Ιδιωτικής Επιχείρησης Παροχής Υπηρεσιών Ασφαλείας** με έδρα τ.....

.....,
οδός.,
αριθ., για την άσκηση των κάτωθι δραστηριοτήτων

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

1. Βεβαίωση έναρξης δραστηριότητας ή μεταβολής εργασιών από Δ.Ο.Υ. (πρωτότυπη ή φωτοαντίγραφο από Δ.Ο.Υ.) στην οποία εμφανίζεται η επωνυμία, η έδρα και οι δραστηριότητες, όπως αυτές προβλέπονται στο άρθρο 1§1 του Ν. 2518/1997, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το Ν.3707/2008.
2. Αποδεικτικό καταβολής του αναλογούντος σχετικού τέλους εκατόν σαράντα επτά ευρώ (147€) **κωδικός ε παράβολο 1838.**
3. Έγγραφο με το οποίο αποδεικνύεται η νόμιμη χρήση του ακινήτου της έδρας της επιχείρησης.
4. Φωτοαντίγραφο εγγράφου με το οποίο αποδεικνύονται τα στοιχεία ταυτότητας του αιτούντος.
5. Πιστοποιητικό ψυχιάτρου σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν.3418/2005, από το οποίο προκύπτει ότι δεν πάσχει από οποιασδήποτε μορφής ψυχική νόσο και δεν είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών. (Εφόσον το υποβληθέν ιατρικό πιστοποιητικό εκδίδει ιδιώτης ιατρός, πρέπει να αναγράφεται ο αριθμός αδείας λειτουργίας νομίμου ιατρού που διατηρεί και η σφραγίδα του να περιλαμβάνει τον Α.Φ.Μ. και την αρμόδια Δ.Ο.Υ., ενώ σε περίπτωση μη αναγραφής του αριθμού αυτού, θα πρέπει να προσκομίζεται άδεια ή βεβαίωση λειτουργίας από τον κατά τόπο αρμόδιο Ιατρικό Σύλλογο. Αν το πιστοποιητικό εκδίδει ιατρός που υπηρετεί σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., πρέπει αυτό να φέρει θεώρηση του οικείου νομικού προσώπου. Η ημερομηνία έκδοσης του ως άνω πιστοποιητικού, πρέπει να μην απέχει πέραν του τριμήνου από την ημερομηνία υποβολής του.)
6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 (θεωρημένη) (σε περίπτωση που η επιχείρηση δεν προτίθεται να χρησιμοποιήσει στολή) ή βεβαίωση της επιτροπής του Α.Ν.1342/1938, από την οποία να προκύπτει ότι εγκρίθηκε ο τύπος της στολής (σε περίπτωση που η επιχείρηση προτίθεται να χρησιμοποιήσει στολή).
7. Υπεύθυνη δήλωση (Υπόδειγμα 1).

.....
(τόπος) (ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....