

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ  
Τμήμα Έκδοσης Αδειών Καταστημάτων  
Τηλ.: 210 9970049 – 50, 210 9970173  
Email: katastimata@ilioupoli.gr

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΝΟΜΙΜΩΝ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ  
ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΕΧΝΙΤΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΠΟΔΙΩΝ**

Κ.Υ.Α. Υ1γ/Γ.Π/75888/2014 (ΦΕΚ 2377 Β) & αρθρ.42, παρ.9, ν.4386/11.5.2016(ΦΕΚ 83 Α)

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**

1. Αίτηση – Υπεύθυνη (Αρθρ. 8 Ν. 1599/1986) το ενδιαφερομένου(με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής από Κ.Ε.Π. ή άλλη Δημόσια Υπηρεσία, αν προσέλθει άλλο πρόσωπο). Το σχετικό έντυπο χορηγείται από την Υπηρεσία μας.
2. **ΠΤΥΧΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΑ :**
  - α) Πτυχίο επαγγελματικής ειδικότητας εκπαίδευσης και κατάρτισης επιπέδου 3, ειδικότητας Σ.Ε.Κ., «Τεχνίτης Αισθητικός Ποδολογίας – Καλλωπισμού νυχιών και Ονυχοπλαστικής» ή ισότιμος τίτλος σπουδών της αλλοδαπής και έξι (6) μήνες προϋπηρεσία.
  - β) Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης, επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, ειδικότητας Ι.Ε.Κ. «Αισθητικός Ποδολογίας και καλλωπισμού νυχιών» ή Δίπλωμα Επαγγελματικής Ειδικότητας Εκπαίδευσης και Κατάρτισης επιπέδου 5, ειδικότητας Ι.Ε.Κ. «Τεχνικός Αισθητικός Ποδολογίας – Καλλωπισμού Νυχιών και Ονυχοπλαστικής» ή ισότιμος τίτλος σπουδών της αλλοδαπής.
  - γ) Βεβαίωση επάρκειας του Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. (Εθνικής Αντιστάσεως αριθ. 41, Νέα Ιωνία, τηλ. 210 2709156), μετά από παρακολούθηση προγράμματος συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης διάρκειας τουλάχιστον εξακοσίων (600) ωρών σε πιστοποιημένο Κέντρο Δια Βίου Μάθησης (Κ.Δ.Β.Μ.),συμβατό με το εκάστοτε ισχύον επαγγελματικό περίγραμμα και το οποίο συνοδεύεται από αποδεδειγμένη προϋπηρεσία είκοσι τεσσάρων (24) μηνών στο οικείο επάγγελμα, η οποία αποκτήθηκε πριν ή μετά από την αποφοίτηση ή και κατά τη διάρκεια της φοίτησης, και πιστοποίηση από τον Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.  
Επιτρέπεται η συμμετοχή στις παραπάνω εξετάσεις πιστοποίησης στους μη έχοντες τίτλο σπουδών εμπειροτεχνίτες, οι οποίοι έως τις 31.12.2017 θα έχουν προϋπηρεσία τριών (3) ετών και άνω ή εννιακόσια (900) ημερομίσθια, με εξαρτημένη ή μη εργασία, ή προσκομίζουν πιστοποιητικό προϋπηρεσίας από Οργανισμό Τοπικής Αυτοδιοίκησης».
3. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή άδειας οδήγησης.
4. Αντίγραφο πιστοποιητικού υγείας (εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος), σύμφωνα με την Υγειονομική Διάταξη Υ1γ/Γ.Π/35797/2012 (ΦΕΚ 1199 Β).
5. Υπεύθυνη δήλωση (Αρθρ. 8 Ν. 1599/1986) του ενδιαφερομένου, με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής από Κ.Ε.Π. ή άλλη Δημόσια Υπηρεσία, με το ακόλουθο περιεχόμενο: **«Δεν έχω καταδικαστεί για καμία πράξη αξιόποινη ή για πράξη σχετική με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας»** ή στην αντίθετη περίπτωση: **«Έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις .....**».
6. Αντίγραφο άδειας εργασίας και παραμονής (για τους αλλοδαπούς τρίτων χωρών) και αντίγραφο κάρτας ομογενούς τριών ετών για Έλληνες ομογενείς.
7. Παράβολο δημοσίου των **8 €** (Κ.Α.Ε. 3741), από την οικεία Δ.Ο.Υ.
8. Παράβολο χαρτοσήμου των **30 €** (Κ.Α.Ε. 1229 & Κ.Α.Ε. 1228), από την οικεία Δ.Ο.Υ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΑΙΤΗΣΗ – 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: «Αναγγελία άσκησης επαγγέλματος τεχνίτη περιποίησης χεριών και ποδιών»**

ΠΡΟΣ:	Τον Δήμο Ηλιούπολης	ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>			

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:					
Όνομα μητέρας:		Επώνυμο μητέρας:					
Αριθ. δελτίου ταυτότητας: *		Α.Φ.Μ.:		Αριθ. άδειας οδήγησης:*			
Αριθ. διαβατηρίου:*		Αριθ. βιβλιαρίου υγείας: *		Ιθαγένεια:			
Ημερομηνία γέννησης :		Τόπος γέννησης:					
Τόπος κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		Τ. Κ.:	
Τηλέφωνα επικοινωνίας:		E-mail:					

\* Συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

<b>ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (2) (Για κατάθεση της παρούσας ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):</b> Όταν δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται εξουσιοδότηση, <b>με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από Κ.Ε.Π. κλπ.</b> ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.							
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				Α. Δ. Τ.:			
ΟΔΟΣ:				ΑΡΙΘ.:		Τ. Κ.:	
Τηλ.:		Fax:		E-mail:			

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

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

- Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση .....
- Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
- Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
- Να την παραλάβει εκπρόσωπος σας .....
- Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό .....

**ΚΟΣΤΟΣ : 38 €**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... 20.....

(Υπογραφή)