



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Αθήνα 19/ 6 /2018

Αριθ. πρωτ. Δ1(δ)/Γ.Π.οικ.47283

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Ντίνη Κατερίνα
Τηλέφωνο : 2132161350

ΠΡΟΣ: ΟΠΩΣ Π. Α.

Ε Γ Κ Υ Κ Λ Ι Ο Σ

ΘΕΜΑ: α) Κοινοποίηση έντυπου Σχεδίου αίτησης για άδεια σκοπιμότητας συστημάτων ιοντιζουσών και μη ακτινοβολιών

β) Κοινοποίηση έντυπου Σχεδίου Βεβαίωσης πληρότητας φακέλου

Σχετ.: Η υπ' αριθμ. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ. 154949/10.12.2010 Υ.Α. (ΦΕΚ 1918/Β/2010) «Όροι και προϋποθέσεις, όργανα και διαδικασία χορήγησης αδειών σκοπιμότητας και αδειών λειτουργίας για εγκατάσταση και λειτουργία μηχανημάτων», με την διόρθωση σφάλματος (ΦΕΚ 370/Β/2011), όπως τροποποιήθηκε με τις υπ' αριθμ. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ. 40456/2012 (ΦΕΚ 1336/Β/2012), ΓΠοικ.92211/4.10.2013 (ΦΕΚ 2494/Β/2013) και Δ1(δ)/ ΓΠ οικ.22104/14.3.2018 (ΦΕΚ 950/Β) Υπουργικές Αποφάσεις

Σε εφαρμογή της παρ.1 του άρθρου 3 της ανωτέρω σχετικής και μετά την έκδοση της Δ1(δ)/ΓΠοικ.22104/14.3.2018 Υ.Α. αναφορικά με την τροποποίηση της ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ. 154949/10.12.2010 Υ.Α. σας κοινοποιούμε νέο έντυπο σχεδίου αίτησης για άδεια σκοπιμότητας.

Επιπλέον σας κοινοποιούμε υπόδειγμα εγγράφου βεβαίωσης πληρότητας φακέλου, το οποίο περιλαμβάνει στοιχεία που πρέπει να βεβαιώνονται από τις αρμόδιες Υπηρεσίες των Περιφερειών προκειμένου οι αιτήσεις των ενδιαφερόμενων να τίθενται υπόψη της Ειδικής Επιτροπής Ιοντιζουσών και Μη Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών.

Τα ως άνω αναφερόμενα έντυπα μπορεί να αναζητηθούν στην ιστοσελίδα του Υπουργείου www.moh.gov.gr, στη διαδρομή:

Αρχική Υγεία/ Δημόσια Υγεία/ Υγιεινή Περιβάλλοντος/ Προστασία Από Ιοντιζουσες και μη Ακτινοβολίες

ή

<http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/ygieinh-periballontos/prostasia-apo-iontizoysses-kai-mh-aktinobolies>

Παρακαλούμε για τις ενέργειες σας.

Συνημμένα : 2 υποδείγματα εγγράφων (σελ. 4)

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

Α. Για ενέργεια

1. Όλες τις Περιφέρειες της Χώρας
Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας
Έδρα Περιφέρειας
2. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες
Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας
Έδρες τους

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Υπουργού Υγείας
2. Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
3. Γραφείο Γενικής Δ/ντριας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής
4. Ειδική Επιτροπή Ιοντιζουσών και Μη Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών
Υπόψη κας Βλαστάκη-Γραμματέα της Επιτροπής
5. Δ/νση Δ1(δ) (5)

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑΣ

(μία ανά σύστημα, σύμφωνα με την Υ.Α. ΔΥΓ2/Γ.Π. οικ. 154949/ΦΕΚ 1918/τ. Β'/10-12-2010)

ΠΡΟΣ : Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ/ ΠΕΡΙΦ.ΕΝΟΤΗΤΑΣ.....

Στο πλαίσιο των διατάξεων της Υ.Α. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/2010, όπως ισχύει, παρακαλώ όπως:

	Σημειώστε ανάλογα	Είδος συστήματος
Χορηγήσετε άδεια σκοπιμότητας εγκατάστασης συστήματος		
Τροποποιήσετε την υπ' αριθμ πρωτ././201.. άδεια σκοπιμότητας συστήματος λόγω αλλαγής έδρας εντός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας		
Χορηγήσετε άδεια σκοπιμότητας μετεγκατάστασης συστήματος εκτός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ ΦΟΡΕΑ

Επωνυμία φορέα:					
Διακριτικός τίτλος:					
Νομική μορφή: ¹		ΑΦΜ:			
Δραστηριότητα φορέα: ²					
Οδός:		Αριθμός:		Τ.Κ.	
Δήμος:					

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΟΡΕΑ

Όνοματεπώνυμο:					
Α.Δ.Τ.:		Ημερ. Έκδοσης:		Εκδ. Αρχή:	
Τηλέφωνο σταθερό:		Τηλέφωνο κινητό:			
FAX:		e-mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

Είδος:				
Κατασκευάστρια εταιρεία:				
Τύπος:		Έτος κατασκευής:		

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

Προσωπικό	Αριθμός
Ιατρικό	
Ακτινοφυσικοί ιατρικής	
Παραϊατρικό	
Λοιπό επιστημονικό	
Που πρόκειται να προσληφθεί	
Σύνολο	

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ (Αριθμούνται ανάλογα)

Α/α	Θέμα εγγράφου	Φύλλα
	Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος φυσικού προσώπου ³	
	Αντίγραφο άδειας ίδρυσης και λειτουργίας εργαστηρίου εάν ο αιτών είναι νομικό πρόσωπο που ήδη λειτουργεί ακτινολογικό εργαστήριο ενώ σε περίπτωση νέου εργαστηρίου καταστατικό της εταιρείας ⁴	
	Στην περίπτωση κλινικής και για την εξαίρεση από το κριτήριο της πληθυσμιακής κάλυψη: Άδεια λειτουργίας της κλινικής	
	Επιχειρηματικό σχέδιο	
	Επάρκεια υποδομών εργαστηρίου (κτιριακών, μηχανολογικών κλπ.)	
	Ακριβής περιγραφή των τεχνολογικών χαρακτηριστικών του προτεινόμενου μηχανήματος	
	Βεβαίωση του κατασκευαστή ή της θυγατρικής εταιρείας ή του επισήμου αντιπροσώπου που θα αναφέρει ότι: α) το προς εγκατάσταση μηχάνημα βρίσκεται στην γραμμή παραγωγής του κατασκευαστή ή/και β) Ο προτεινόμενος εξοπλισμός έχει πιστοποιημένη κάλυψη με ανταλλακτικά για τα επόμενα 10 χρόνια	
	Επιστημονική επάρκεια προσωπικού (Εκπαίδευση, εμπειρία) ⁵	
	Δήλωση αναφορικά με το προσωπικό που απασχολείται ή πρόκειται να προσληφθεί στο εργαστήριο.	
	Απαιτούμενα στοιχεία του άρθρου 8 της ΔΥΓ2/154949/2010 Υ.Α. , όπως ισχύει	
	Για την περίπτωση αίτησης για αλλαγή έδρας συστήματος εντός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας: αντίγραφο της άδειας σκοπιμότητας που πρέπει να βρίσκεται σε ισχύ	
	Για την περίπτωση αίτησης για άδεια σκοπιμότητας μετεγκατάστασης συστήματος εκτός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας: αντίγραφο της ισχύουσας ειδικής άδειας λειτουργίας	
	Για την περίπτωση υπαγωγής στις διατάξεις της παρ.7 του άρθρου της ΔΥΓ2/154949/2010 Υ.Α. : Υπεύθυνη δήλωση ότι « δεν διαθέτω σε ισχύ ή δεν έχω υλοποιήσει σε όλη την Επικράτεια άδεια σκοπιμότητας εγκατάστασης εξοπλισμού του τύπου που αιτούμαι με την παρούσα»	

Ημερομηνία..... /.../.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

1 Συμπληρώνεται η νομική μορφή του φορέα όπως π.χ. Α.Ε., Ο.Ε. κλπ

2 Συμπληρώνεται η δραστηριότητα του φορέα όπως π.χ. Ιδιωτικό Διαγνωστικό, Πολυιατρείο κλπ.

3 Υποβάλλεται εφόσον ο αιτών φορέας είναι φυσικό πρόσωπο

4 Υποβάλλεται εφόσον ο αιτών φορέας είναι νομικό πρόσωπο

5 α) Για την περίπτωση αίτησης οδοντίατρου για χορήγηση άδειας σκοπιμότητας ορθοπαντογράφου απόδειξη εκπαίδευσης στην οδοντιατρική ακτινολογία (παρ. 3.4.1.2 Κανονισμών Ακτινοπροστασίας)

β) Για την περίπτωση ακτινοφυσικού ιατρικής : άδεια ασκήσεως επαγγέλματος εντός ή/και εκτός περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών ανάλογα με το μηχάνημα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕ.....

Πληροφορίες:
Ταχ. Δ/νση:
Ταχ. Κώδικας :
Τηλέφωνο:
FAX:
Email:

..... /... /20....
Αρ. Πρωτ:

Προς: Υπουργείο Υγείας
Ειδική Επιτροπή Ιοντιζουσών και Μη
Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών
Αριστοτέλους 17
10187 Αθήνα

ΘΕΜΑ: Βεβαίωση πληρότητας φακέλου (παρ. 6 άρθρου 4 της Υ.Α. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/2010, όπως ισχύει)

Βεβαιώνεται ότι ο φάκελος που διαβιβάζεται με το υπ' αριθμ πρωτ. έγγραφο για χορήγηση/τροποποίηση... άδειας σκοπιμότητας συστήματος του/της της είναι πλήρης, σύμφωνα με τις διατάξεις ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/3-12-2010 Υπουργικής Απόφασης, όπως ισχύει.

Επιπλέον σας γνωρίζουμε τα ακόλουθα:

1	Πρόκειται για σύστημα που θα λειτουργήσει στο Δήμο της Περιφερειακή Ενότητας	
2	Η αίτηση αφορά σύστημα που δεν υπάγεται στο κριτήριο της πληθυσμιακής κάλυψης της παρ.3 του άρθρου 9 της ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/2010 Υ.Α. (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	
3	Η αίτηση εξαιρείται από την εφαρμογή του κριτηρίου της πληθυσμιακής κάλυψης (ΝΑΙ /ΟΧΙ)	
	Αν η απάντηση στο προηγούμενο σημείο είναι ΝΑΙ να σημειωθεί ο λόγος εξαίρεσης:	
	i) Αφορά εγκατάσταση συστήματος σε νοσοκομείο του ΕΣΥ ή Δημόσια Μονάδα ΠΦΥ ή Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ή Νοσοκομείο των Ενόπλων Δυνάμεων (ΝΑΙ/ΟΧΙ) ¹	
	ii) Αφορά εγκατάσταση συστήματος σε κλινική με πλήρη παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σύμφωνα με την άδεια λειτουργίας; (ΝΑΙ/ΟΧΙ) ²	
	iii) Αφορά εγκατάσταση συστήματος σε νησί με πληθυσμό μικρότερο της πληθυσμιακής μονάδας(ΝΑΙ/ΟΧΙ) ³	
4	Η αίτηση υπάγεται στο κριτήριο της πληθυσμιακής κάλυψης του άρθρου 9 της ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/2010 Υ.Α. (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	

Στην περίπτωση που η απάντηση στο σημείο 4 είναι ΝΑΙ συμπληρώνεται ο ακόλουθος Πίνακας:

1	Πληθυσμιακή Μονάδα (συμπληρώνεται ανάλογα αν είναι ο Δήμος ή η Π.Ε.) ⁴	
2	Πληθυσμός στον οποίο αντιστοιχεί το σύστημα σύμφωνα με ισχύουσα νομοθεσία: ⁵	
3	Πληθυσμός πληθυσμιακής μονάδας βάσει της τελευταίας απογραφής μόνιμου πληθυσμού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής:	
4	Αριθμός συστημάτων με ειδική άδεια λειτουργίας σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία της Ε.Ε.Α.Ε. :	
5	Πλήρωση κριτηρίου πληθυσμιακής κάλυψης: (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	

Τέλος σας ενημερώνουμε ότι η Υπηρεσία μας έχει εκδώσει (αριθμός) άδειες σκοπιμότητας για εγκατάσταση ίδιων συστημάτων στην εν λόγω πληθυσμιακή μονάδα οι οποίες βρίσκονται σε ισχύ.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Σημειώσεις:

1. Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 2 της νομοθεσίας
2. Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 7 της νομοθεσίας
3. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 της νομοθεσίας
4. Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 9 της νομοθεσίας
5. Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 9 της νομοθεσίας

Ο Προϊστάμενος της Δ/σης

.....