

# ΑΙΤΗΣΗ

Ο Κάτοχος της Άδειας

ΕΠΩΝΥΜΟ	:
ΟΝΟΜΑ	:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:
Α.Φ.Μ.	:
Δ. Ο. Υ.	:
Α.Δ.Τ. ή ΔΙΑΒΑΤ.	:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ/ΣΗΣ	:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	:
ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑΣ	:
Α.Μ.Κ.Α.	:
ΑΡ.ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	:
ΑΡ.ΚΥΚΛ/ΡΙΑΣ ΟΧΗΜ/:	:
ΑΡ ΤΑΜ/ΚΗΣ ΜΗΧΑΝ/:	:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	:
EMAIL	:

**ΘΕΜΑ** : **Αναπλήρωση Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου Εμπορίου**

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ** : Δημοτική Ενημερότητα   
Βεβαίωση Μόνιμης Κατοικίας   
Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο   
Δικαιολογητικά, που αποδεικνύουν τη συνδρομή των δηλούμενων προϋποθέσεων των παραγράφων 1 και 2, άρθρου 24 νόμου 4497/2017 κατά περίπτωση (σελίδα 2 )

**ΠΡΟΣ : Δήμο ΚΑΒΑΛΑΣ**

Τμήμα Αδειοδοτήσεων και Ρύθμισης  
Εμπορικών Δραστηριοτήτων

Παρακαλώ να εγκρίνετε την προσωρινή Αναπλήρωσή μου ως Πωλητή και να μου εκδώσετε Βεβαίωση Αναπλήρωσης σε δύο πρωτότυπα.

Κατέχω την υπ' αριθμό \_\_\_\_\_

**Άδεια Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου**

**Εμπορίου μου σε :**

Λαϊκή Αγορά  Στάσιμο Εμπόριο

**λόγω :**

- Ασθένειας  
 Πατρότητας ή Μτρότητας  
 Συνδικαλιστικών Υποχρεώσεων  
 Αναπηρίας τουλάχιστον 50%  
 Χρόνο μικρότερο 30 ημερων ετησίως

**Από τον / την :** \_\_\_\_\_

- Σύζυγο  
 Συγγενή εξ αίματος μέχρι γ' βαθμού  
 Συγγενή εξ αγχιστείας μέχρι β' βαθμού  
 Δηλωμένο Υπάλληλο υπό προϋποθέσεις  
**και για χρονικό διάστημα :**

από \_\_\_\_\_  
 έως \_\_\_\_\_

**ΚΑΒΑΛΑ** ..... / ..... / 20.....

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

## Ενημερωτικά Στοιχεία - Δικαιολογητικά κατά περίπτωση

1. Επιτρέπεται η προσωρινή αναπλήρωση του κατόχου άδειας επαγγελματία πωλητή υπαίθριου εμπορίου μόνο από το σύζυγο και από τους συγγενείς του, εξ αίματος μέχρι και τρίτου βαθμού ή εξ αγχιστείας μέχρι δεύτερου βαθμού, όπως η συγγένεια προκύπτει από βεβαίωση του οικείου δήμου, στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α Ασθένειας, που αποδεικνύεται με ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσοκομείο και για όσο χρόνο αναγράφεται στη γνωμάτευση,
- β Πατρότητας ή Μητρότητας και για όσο χρονικό διάστημα ορίζουν οι κείμενες διατάξεις περί προστασίας της πατρότητας και μητρότητας
- γ Για χρόνο που δεν υπερβαίνει συνολικά τις τριάντα (30) ημέρες ετησίως, μπορεί δε να χορηγηθεί και τμηματικά για όσο αριθμό ημερών επιθυμεί ο αδειούχος κάθε φορά,
- δ Συνδικαλιστικών υποχρεώσεων μία μέρα την εβδομάδα για τους προέδρους και γραμματείς αναγνωρισμένων πρωτοβάθμιων σωματείων και ομοσπονδιών. Αν ο αδειούχος συμμετέχει στις Επιτροπές Λαϊκών Αγορών του άρθρου 28, μπορεί να αναπληρώνεται και τις ημέρες που πραγματοποιείται συνεδρίαση των εν λόγω Επιτροπών.

Στις ανωτέρω περιπτώσεις, οι επαγγελματίες πωλητές δηλώνουν τα άτομα που τους αναπληρώνουν στο φορέα λειτουργίας, μία φορά, στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους ή όποτε παραστεί ανάγκη.

2. Επιτρέπεται η αναπλήρωση του αδειούχου πωλητή υπαίθριου εμπορίου μόνο από το σύζυγο και από συγγενείς, εξ αίματος μέχρι και τρίτου βαθμού ή εξ αγχιστείας μέχρι δεύτερου βαθμού, λόγω αδυναμίας του αδειούχου εξαιτίας αναπηρίας τουλάχιστον 50%, βάσει βεβαίωσης που εκδίδεται από τις Υγειονομικές Επιτροπές των ΚΕ.Π.Α.

3. Αν ο κάτοχος επαγγελματικής άδειας στερείται των συγγενικών προσώπων των παραγράφων 1 και 2 ή αν τα εν λόγω πρόσωπα δηλώσουν εγγράφως, με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής από αρμόδια αρχή, ότι δεν επιθυμούν να αναπληρώσουν τον αδειούχο, επιτρέπεται η προσωρινή αναπλήρωσή του από δηλωμένο υπάλληλο.

Επιτρέπεται η απλή υποβοήθηση του επαγγελματία πωλητή, με την παράλληλη παρουσία του κατόχου της άδειας, από το σύζυγο και τα τέκνα του με την προσκόμιση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης και την έκδοση της σχετικής βεβαίωσης.

# ΑΙΤΗΣΗ

Ο Αναπληρών τον Κάτοχο Άδειας

ΕΠΩΝΥΜΟ	:	
ΟΝΟΜΑ	:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:	
Α.Φ.Μ.	:	
Δ. Ο. Υ.	:	
Α.Δ.Τ. ή ΔΙΑΒΑΤ.	:	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ/ΣΗΣ	:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	:	
ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑΣ	:	
Α.Μ.Κ.Α.	:	
ΑΡ.ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	:	
ΑΡ.ΚΥΚΛ/ΡΙΑΣ ΟΧΗΜ/:		
ΑΡ ΤΑΜ/ΚΗΣ ΜΗΧΑΝ/:		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	:	
EMAIL	:	
	:	

**ΘΕΜΑ** : Αναπλήρωση Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου Εμπορίου

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ** : Δημοτική Ενημερότητα   
Υπεύθυνη Δήλωση Αναπλήρωσης   
Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο   
Δύο (2) φωτογραφίες πρόσφατες

**ΠΡΟΣ** : Δήμο ΚΑΒΑΛΑΣ

Τμήμα Αδειοδοτήσεων και Ρύθμισης  
Εμπορικών Δραστηριοτήτων

**Είμαι**

- Σύζυγος  
 Συγγενής εξ αίματος μέχρι γ' βαθμού  
 Συγγενής εξ αγχιστείας μέχρι β' βαθμού  
 Δηλωμένος Υπάλληλος υπό προϋποθέσεις

**και επιθυμώ να αναπληρώσω προσωρινά τον**

**του**

**Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου Εμπορίου με υπ' αριθμό**

**Άδειας Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου**

**λόγω :**

- Ασθένειας  
 Πατρότητας ή Μητρότητας  
 Συνδικαλιστικών Υποχρεώσεων  
 Αναπηρίας τουλάχιστον 50%  
 Χρόνο μικρότερο 30 ημερων ετησίως

**ΚΑΒΑΛΑ** ..... / ..... / 20.....

**Ο/Η Αιτών/ούσα**



## 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)

### Αναπληρωτή Επαγγελματία Πωλητή Υπαίθριου Εμπορίου

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Δήμο Καβάλας								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :									
Τόπος Γέννησης:				A.Φ.Μ.					
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				A.Μ.Κ.Α.					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Τηλέφωνο				(Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

- 1). Δεν κατέχω άδεια παραγωγού ή επαγγελματία πωλητή υπαίθριου εμπορίου.
- 2). Δεν λαμβάνω σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας από οποιονδήποτε φορέα

Ημερομηνία : ..... / ..... / 20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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.