**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την αίτηση - δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών - άρθ. 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Α. ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**

ΕΠΩΝΥΜΟ......................................

ΟΝΟΜΑ..........................................

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ .................................

Tόπoς Κατοικίας.............................

ΟΔΟΣ............................................

Τ.Κ................................................

Αρ. Δελτ. Ταυτότητας.......................

Α.Φ.Μ...........................................

ΔΟΥ …………………………………………………..

ΤΗΛΕΦΩΝΟ...................................

**Β. ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**

ΕΠΩΝΥΜΙΑ.....................................

ΕΔΡΑ.............................................

ΚΑΔ...............................................

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ.................................

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ..........................

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ .................................

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ..........................

ΟΔΟΣ.............................................

Τ.Κ................................................

Α.Δ.Τ.............................................

Α.Φ.Μ............................................

ΔΟΥ……………………………………………………..

ΤΗΛΕΦΩΝΟ...................................

*\*Για την υπαγωγή στη ρύθμιση πρέπει να καταβληθεί η πρώτη δόση* ***εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών*** *από την ημερομηνία αίτησης υπαγωγής στη ρύθμιση (άρθ. 167 7 παρ. 3 Ν. 4764/2020) και οι επόμενες δόσεις να καταβάλλονται έως την τελευταία εργάσιμη ημέρα των επομένων μηνών από την ημερομηνία αίτησης.*

*\*Λογαριασμός κατάθεσης* ***……………………………………*** *με αιτιολογία: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΦΕΙΛΕΤΗ ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΡΥΘΜΙΣΗ)*

***\**** *Το ελάχιστο ποσό μηνιαίας δόσης της ρύθμισης δεν μπορεί να είναι μικρότερο των είκοσι (20) ευρώ για φυσικά πρόσωπα και των πενήντα (50) ευρώ για οφειλέτες επιχειρήσεις κάθε είδους.*

***\*****Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις ένταξης στη ρύθμιση, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην Ταμειακή Υπηρεσία του Δήμου ………………… τηλ. ……………………….., εργάσιμες ημέρες από 11:00 έως 15:00.*

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΗΜΟ ………………….**

Παρακαλώ όπως προβείτε στην (εφάπαξ/με δόσεις) ρύθμιση των βεβαιωμένων/ληξιπρόθεσμων οφειλών μου προς το **Δήμο ……………….,** σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθ. 165-172 του Ν. 4764/20 (ΦΕΚ 256/Α΄/23-12-2020), όπως τροποποιήθηκαν με τις διατάξεις των άρθρων 35-36 του Ν. 4807/2021 (ΦΕΚ 96/Α΄/11-6-2021).

Ανήκω σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

|  |  |
| --- | --- |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΕΠΙΛΟΓΗ** |
| α) ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: επιχείρηση-νομικό πρόσωπο που εντάσσεται στους Κωδικούς Αριθμούς Δραστηριότητας της αριθ. 18440/10-3-2021 ΚΥΑ |  |
| β) ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: εργαζόμενος του οποίου η σύμβαση εργασίας τέθηκε ή τελεί σε αναστολή στο πλαίσιο αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας COVID-19 |  |
| γ) ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: άνεργος |  |
| δ) ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: που ενισχύθηκε από μέτρα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων για τη στήριξή του στο πλαίσιο αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας COVID-19 |  |
| ε) ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ιδιοκτήτης εκμισθωμένου ακινήτου του οποίου τα μισθώματα μειώθηκαν με εντολή  δημόσιας αρχής στο πλαίσιο αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας COVID-19. |  |

Ειδικότερα στην περίπτωση ρύθμισης με δόσεις επιλέγω την εξής κατηγορία απαλλαγής προσαυξήσεων:

|  |  |
| --- | --- |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΕΠΙΛΟΓΗ** |
| α) Εφάπαξ με απαλλαγή κατά ποσοστό εκατό τοις εκατό (100%). |  |
| β) Από δύο (2) έως είκοσι τέσσερις (24) μηνιαίες δόσεις με απαλλαγή κατά ποσοστό ογδόντα τοις εκατό (80%). |  |
| γ) Από είκοσι πέντε (25) έως σαράντα οκτώ (48) μηνιαίες δόσεις, με απαλλαγή κατά ποσοστό εβδομήντα τοις εκατό (70%). |  |
| δ) Από σαράντα εννέα (49) έως εβδομήντα δύο (72) μηνιαίες δόσεις, με απαλλαγή κατά ποσοστό εξήντα τοις εκατό (60%). |  |
| ε) Από εβδομήντα τρεις (73) έως εκατό (100) μηνιαίες δόσεις, με απαλλαγή κατά ποσοστό πενήντα τοις εκατό (50%). |  |

**Υπεύθυνη Δήλωση**: Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 22 του N.1599/1986, δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986, και του άρθ. 172 περ. γ του ν. 4764/2020 (κατάργηση της ρύθμισης).

**…………………, - -2021**

**Ο/Η Αιτών/ούσα**