|  |  |
| --- | --- |
| ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΟΔΩΝ &ΠΟΡΩΝ ΤΜΗΜΑ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΩΝ ΤΕΛΩΝ  | Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ(*ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ)* |
| *Αριθμός πρωτοκόλλου:**Ημερομηνία παραλαβής:* |  |
| Α Ι Τ Η Σ Η**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………………………….**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………………………………..**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** ………………………………………………**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ……………………………………………………………………………………………………………………………….**Τ.Κ.:** ……………………………………………………………………….**ΑΡΙΘΜ. ΤΗΛ.:** ………………………………………………………**Α.Φ.Μ.:** ………………………………………………………………….**Α.Δ.Τ.:** ……………………………………………………………………**ΘΕΜΑ:** *«Μείωση δημοτικών τελών σε άτομα με αναπηρία 80% και άνω»****Θεσσαλονίκη,*** ……………………………………………………...ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΣ**Επώνυμο:****Όνομα:****Δ/νση κατοικίας:****Α.Δ.Τ.:****A.Φ.Μ.:****ΤΗΛ.:****Υπογραφή πληρεξούσιου:** | Π Ρ Ο ΣΤον κ. Δήμαρχο Παρακαλώ να μου μειώσετε τα δημοτικά τέλη (Δ.Τ.), διότι είμαι άτομο με αναπηρία 67% και άνω και δικαιούμαι μείωση δημοτικών τελών 50%, βάσει της υπ’αριθμ. 1506/2018 απόφασης του Δημοτικού Συμβουλίου. Το ακίνητο βρίσκεται επί της οδού:………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………… όρ. ……,ηλεκτροδοτείται με τον ………………………………………...αριθμ. παροχής και είμαι ιδιοκτήτης – μισθωτής του ακινήτου. Έχω προσκομίσει:**α)** Αίτηση.**β)** Συμβόλαιο ιδιοκτησίας.**γ)** Απόδειξη Δ.Ε.Η.**δ)** Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ.**ε)** Φωτοαντίγραφο Α.Φ.Μ.**στ)** Γνωμάτευση αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής.**ζ)** Υπεύθυνη δήλωση.Με τιμήΟ / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ |