

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. 4Ν, 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ: | ΑΠΟΤΕΦΡΩΤΗΡΙΟ ΡΙΤΣΩΝΑΣ | | | | | |
| Ο - Η Όνομα |  | | Επώνυμο: | |  | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | |  | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | |  | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης | |  | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | |  | | Τηλ: |  | ΑΦΜ: |
| Τόπος Κατοικίας: Οδός: | | | Αριθ: | | | ΤΚ: |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Ροχ): | |  | | Δ/νση Ηλεκτρ.  Ταχυδρομείου  (ΕιποίΙ): | | |

Συγγενική σχέση με τον θανόντα

(επακριβώς) .

Υπόλοιποι συγγενείς με τον ίδιο βαθμό συγγένειας:

,οι οποίοι και συναινούν.

Ονοματεπώνυμο θανόντος/ούσης

Ονοματεπώνυμο πατρός θανόντος/ούσης

Ονοματεπώνυμο μητρός θανόντος/ούσης

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

ως ο πρώτος κατά σειρά τάξεως αναφερόμενος αρμόδιος εκ των αναφερομένων στις διατάξεις του άρθρου 4, παρ. β της ΚΥΑ 4932/2017, ότι ο/η ανωτέρω θανών/ούσα , ο/η οποίος/α απεβίωσε

στις στ

δεν είχε προβεί σε έγγραφη δήλωση περί ταφής ή αποτέφρωσης των οστών του (άρθρο 4 παρ. β της ΚΥΑ 4932/2017) και ότι η τελευταία επιθυμία του ήταν να αποτεφρωθούν τα οστά του.

Ημερομηνία:

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)