

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ**

 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΑΤΤ…../…./…..

 AΡΙΘ. ΠΡΩΤ………………..

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 του Ν.1599/1986)**

 **ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΣΤΕΟΦΥΛΑΚΙΟΥ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**………………………….…

**ΟΝΟΜΑ**…………………………………

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**……………………..

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ**……………..……..

**ΑΦΜ:**……………………….…..………

**Δ.Ο.Υ** ……………………..……………..

**Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤ:..**………………………

**ΑΡΧΗ ΕΚΔ.:** ……………………………

**ΚΑΤΟΙΚΟΣ**……………………..……..

**ΟΔΟΣ**……………………………..……

**ΑΡΙΘΜΟΣ**…………**Τ.Κ**..………..…….

**ΤΗΛ**……………………………………...

**Email:** …………………………………..

Παρακαλώ να εγκρίνετε τη χορήγηση **ΟΣΤΕΟΦΥΛΑΚΙΟΥ**

στο Κοιμητηρίου του Δήμου Ηρακλείου Αττικής

για την φύλαξη των οστών του/της θανόντα/θανούσης ………………………………….

………………………………………………………

το κόστος του οποίου θα καταβάλω στην αρχή κάθε έτους.

Η εκταφή έγινε στις \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρο 22 του Ν.1599/86, για ψευδή δήλωση, ΔΗΛΩΝΩ ότι τα στοιχεία που αναγράφω είναι αληθή.**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση Οστεοφυλακίου**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΑΤΤ. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Συναινώ με τυχόν επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν για τη διεκπεραίωση του αιτήματός μου.

 **Ο/Η ΑΙΤ…………**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Δήλωση συμμόρφωσης με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 GDPR.

Πληροφορίες στα τηλέφωνα:

213 2000 244 & 241

email: esoda@iraklio.gr

**IBAN Δήμου για ηλεκτρονικές πληρωμές:**

**GR3701710420006042124287355**