



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΚΥΒΑΛΩΝ  
ΓΙΑ ΜΟΝΙΜΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ ΛΟΓΩ ΟΡΙΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ (ΑΝΩ ΤΩΝ 75 ΕΤΩΝ)  
ΚΑΙ ΜΕ ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΜΕΧΡΙ €1000

ΔΗΜΟΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ  
ΛΗΦΘΗΚΕ  
...../...../2023  
ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: .....

Κύριοι,

Παρακαλώ όπως με απαλλάξετε από τα δικαιώματα αποκομιδής σκυβάλων.  
Παραθέτω πιο κάτω τις σχετικές πληροφορίες:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	
ΑΛΛΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Η ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	
ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝ. ΑΙΤΗΤΗ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΟΥ Η ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ	
ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΙΑ	
ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΔΗΜ.ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ, ΗΜΙΚΡ. ΟΡΓΑΝ. ΚΛΠ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΙΑ	
ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	

1. Η δήλωση πρέπει να σφραγίζεται και να υπογράφεται από τον Κοινοτάρχη της Ενορίας, ο οποίος θα πιστοποιεί ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι από κάθε άποψη πλήρεις και αληθείς.
2. Εάν η αίτηση για απαλλαγή δεν είναι πλήρως συμπληρωμένη δεν θα λαμβάνεται υπόψη.
3. Η αίτηση θα πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται με αντίγραφο της βεβαίωσης της κατάθεσης της σύνταξης / συντάξεων στην Τράπεζα ή από το Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων
4. Η αίτηση θα πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται με αντίγραφο της ταυτότητας (και από τις δύο πλευρές) του αιτητή

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή Αιτητή

Υπογραφή και σφραγίδα Κοινοτάρχη

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΚΥΒΑΛΩΝ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

ΔΗΜΟΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ  
ΛΗΦΘΗΚΕ  
...../...../2023  
ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: .....