



**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. 4 Ν. 1599/1986)

|                                      |  |  |       |   |  |       |     |
|--------------------------------------|--|--|-------|---|--|-------|-----|
| ΠΡΟΣ                                 | <b>ΤΜΗΜΑ ΕΣΟΔΩΝ &amp; ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ</b> |  |       |   |  |       |     |
| Ο – Η Όνομα:                         |  |  |       | Επώνυμο:  |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:            |  |  |       |   |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:           |  |  |       |   |  |       |     |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : |  |  |       |   |  |       |     |
| Τόπος Γέννησης:                      |  |  |       |   |  |       |     |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |  |  |       | Τηλ:  |  |       |     |
| Τόπος Κατοικίας:                     |  |  | Οδός: |   |  | Αριθ: | TK: |
| A.Φ.Μ                                |  |  |       | Δ.Ο.Υ.  |  |       |     |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):            |  |  |       | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email υποχρεωτικό πεδίο) |  |       |     |

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

α) Εκπροσωπώ τους άμεσους συγγενείς του/της θανόντος/ούσης .....  
ως ..... και αναλαμβάνω την υποχρέωση να  **ενημερώνω** τους λοιπούς συγγενείς για κάθε επικοινωνία, αλληλογραφία ή ενέργεια που θα κάνω με την αρμόδια υπηρεσία του Δήμου για θέματα που αφορούν **στην ταφή, παράταση ταφής και ανακομιδής των οστών**. Δηλώνω επίσης ότι σε περίπτωση αλλαγής των παραπάνω στοιχείων θα ενημερώνω άμεσα την αρμόδια υπηρεσία.

β) Αποδέχομαι ανεπιφύλαχτα τον **Κανονισμό Λειτουργίας του Κοιμητηρίου Ηρακλείου Αττικής (αριθ. απόφ. Δημοτικού Συμβουλίου 302/22-11-2018 ΑΔΑ: 69ΑΧΩΡ3-ΑΔ7)** και ιδιαίτερα τα **άρθρα 7 & 8**. Έχω την **υποχρέωση** με την συμπλήρωση της **τριετίας** να μεριμνήσω για την **εκταφή των οστών**.

γ) Σε περίπτωση που δεν εμφανιστώ στην υπηρεσία του Δήμου Ηρακλείου Αττικής μετά την **λήξη της τριετίας**, η υπηρεσία μπορεί να προβεί σε **υπηρεσιακή εκταφή**, όπου τα οστά θα τοποθετηθούν στο **χωνευτήρι** χωρίς να έχω καμία απαίτηση.

δ) Προκειμένου να μου χορηγηθεί **παράταση χρόνου ταφής**, θα υποβάλλω αίτηση **τριάντα (30) ημέρες** πριν τη λήξη του χρόνου ταφής και τα **τέλη θα τα καταβάλλω εντός πέντε (5) ημερών από την κοινοποίηση της**.

ε) Επίσης αποδέχομαι ότι θα καταβάλλω τα τέλη εκταφής καθώς επίσης και τα τέλη παράτασης χρόνου ταφής από την λήξη της τριετίας μέχρι την εκταφή.

στ) Την παραπάνω ταφή ανέλαβε το γραφείο τελετών .....

ζ) Η εξόδιος ακολουθία θα τελεστεί στις ...../...../..... στον Ιερό Ναό ΑΓ. .... και ώρα .....

Ημερομηνία: ...../...../.....

Ο- Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

- 1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- 2) Αναγράφεται ολογράφως.
- 3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- 4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

**e-mail: [esoda@iraklio.gr](mailto:esoda@iraklio.gr)**

**Λογαριασμός Τράπεζα EUROBANK  
IBAN: GR 800 260 1860000 680 200988150**