**Κοινή Αίτηση Αναπλήρωσης ή Υποβοήθησης**

**Πωλητή (υπαίθριου εμπορίου) ή Χειροτέχνη/Καλλιτέχνη και του Αναπληρωτή ή του προσώπου που Υποβοηθά τον πωλητή, ανάλογα με την περίπτωση του προσώπου που δηλώνεται**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): ΔΗΜΟΣ ΠΕΛΛΑΣ  Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  TΜΗΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΜΠΟΡΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Πωλητή Υπαιθρίου Εμπορίου ή Χειροτέχνη/καλλιτέχνη:** | **Στοιχεία προσώπου που Αναπληρώνει ή Υποβοηθά** |
| Όνομα & Επώνυμο: | Όνομα & Επώνυμο: |
| Όνομα & Επώνυμο Πατέρα: | Όνομα & Επώνυμο Πατέρα: |
| Όνομα & Επώνυμο Μητέρας: | Όνομα & Επώνυμο Μητέρας: |
| Ημερομηνία γέννησης: | Ημερομηνία γέννησης: |
| Τόπος γέννησης: | Τόπος γέννησης: |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |
| Τόπος // Κατοικίας / / Αριθμός // Τ.Κ.: | Τόπος // Κατοικίας / / Αριθμός // Τ.Κ.: |
| Τηλέφωνο & Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | Τηλέφωνο & Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): |
| Αριθμός Αδείας Υπαιθρίου πωλητή: | Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.): |
| Είδος Αδείας: (Λαϊκών Αγορών/Πλανοδίου/Στάσιμου κλπ): | Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.): |

Παρακαλούμε όπως εκδώσετε βεβαίωση αναπλήρωσης/ υποβοήθησης του ……………………………………

………… από τον ………..……………………………………………..με την ιδιότητα ……………………………………………………………………………. [επιλέγεται ένα από τα τρία παρακάτω:

**1)** συγγενής α ή β βαθμού, **2)** Σύζυγος/Συμβίος/α, **3)** Δηλωμένος Υπάλληλος].

για χρονικό διάστημα …..………………………………… από ……………………….έως ………………….. και με ημερομηνία πρόσληψης (αν πρόκειται για δηλωμένο υπάλληλο)…………………………….. σύμφωνα με τον τα άρθρα 22 & 26, ν. 4849/2021.

|  |
| --- |
| **Συνημμένα κατατίθενται:**  **Α)** πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο προκύπτει ο βαθμός συγγένειας του πωλητή και του αναπληρωτή ή του προσώπου που υποβοηθά τον πωλητή. Σε περίπτωση πρόσληψης υπαλλήλου την πρόσληψη και την σύμβαση εργασίας.(αν υπάρχει)  **Β)** πιστοποιητικό υγείας της υπό στοιχεία Υ1γ/Γ.Π/οικ. 35797/11.4.2012 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Β’ 1199), σε ισχύ για τον αναπληρωτή ή το πρόσωπο που υποβοηθά τον πωλητή.  **Γ)** υπεύθυνη δήλωση του αναπληρωτή ή του προσώπου που υποβοηθά ότι δεν κατέχει άδεια παραγωγού ή επαγγελματία πωλητή υπαίθριου εμπορίου  **Δ)** Α.Τ των ενδιαφερομένων  **Ε)** Αντίγραφο αδείας υπαιθρίου εμπορίου |

|  |  |
| --- | --- |
| **Υπογραφή Πωλητή Υπαιθρίου Εμπορίου ή Χειροτέχνη/καλλιτέχνη:** | **Υπογραφή προσώπου που Αναπληρώνει ή Υποβοηθά:** |