**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 ΠΕΛΛΑΣΔ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣTΜΗΜΑ 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:**  |