

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ.3 Ν.2690/1999)

|  |
| --- |
| 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) |
| **Ανανέωση της υπ’ αριθ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ άδειας οδήγησης (για τους 80 ετών και άνω)** |
| **Προς:** |  Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας Δ/νση Μεταφορών & Επικοινωνιών | ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
| Συμπληρώνεται από την υπηρεσία |
| **Στοιχεία Αιτούντος** |  Ομάδα Αίματος: |  |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Α.Δ.Τ.: |  | Α. Φ. Μ.: |  |
| Ημ/νια Γέννησης: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | Τ.Κ.: |  |
| Τηλέφωνο: |  | E-Mail: |  |

|  |
| --- |
| Αριθμός Παραβόλου 1): |
| Αριθμός Παραβόλου 2): |
| Αριθμός Παραβόλου 3): |
| Δεν απαιτείται η υποβολή των ανωτέρω αποδεικτικών πληρωμής, εφόσον αναγράφεται στην αίτηση ο 20ψηφιος κωδικός πληρωμής του/των παραβόλου/ων. |

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** (για μη αυτοπρόσωπη κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**:** Εξουσιοδοτώ τον/την πιο κάτω αναφερόμενο/η να καταθέσει την παρούσα αίτηση για λογαριασμό μου και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη. |
|
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Α.Δ.Τ.: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | Τ.Κ.: |  |
| Τηλέφωνο: |  | E-Mail: |  |

|  |
| --- |
| **Υπεύθυνη Δήλωση*:***Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:Έχω την συνήθη διαμονή μου στην προαναφερόμενη Δ/νση. Δεν είμαι κάτοχος άλλης άδειας οδήγησης Ελληνικής ή κράτους μέλους της Ε.Ε. (συμπεριλαμβανομένων των κρατών Νορβηγίας, Ισλανδίας και Λιχτενστάιν) και δεν μου έχει αφαιρεθεί από οποιαδήποτε αρχή. Δεν κατέχω άδεια οδήγησης τρίτης χώρας. Δεν είμαι κάτοχος άδειας μοτοποδηλάτου. Δεν επιθυμώ / Επιθυμώ την αναγραφή της Ομάδας Αίματός του στο έντυπο της άδειας οδήγησης και συγκατατίθεμαι στην τήρησή της στο Αρχείο Αδειών Οδήγησης του Υπουργείου Υποδομών και Μεταφορών Εξουσιοδοτώ τον πιο πάνω αναφερόμενο εκπρόσωπο να καταθέσει την αίτηση με τα δικαιολογητικά και να παραλάβει την άδεια οδήγησης. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  Η/Ο ΑΙΤΟΥΣΑ/ΩΝ  ΠΑΡΑΛΑΒΗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ** |
|  |
| Ανανέωση και αντικατάσταση:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Αριθμός Α.Ο.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Ημ/νία Έκδοσης: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Ισχύει μέχρι: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Παρατηρήσεις:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  Ε.Α. Η/Ο Προϊσταμένη/ος |

 |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Α/Α** | **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** |
| 1 | Αίτηση - Δήλωση (Συμπλήρωση της άλλης σελίδας του εντύπου) |
| 2 | Αίτηση εκτύπωσης (αντίστοιχο έντυπο χορηγείται από την Υπηρεσία) |
| 3 | Τέσσερα πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο, Οφθαλμίατρο, Ω.Ρ.Λ, Νευρολόγο ή Ψυχίατρο συμβεβλημένους με την Υπηρεσία (η ισχύς των πιστοποιητικών είναι έξι (6) μήνες).*Στους ιατρούς απαιτείται να προσκομιστούν έγχρωμες φωτογραφίες διαβατηρίου και θα καταβληθεί το ποσό των 10 ευρώ στον καθένα* |
| 4 | Η προς ανανέωση άδεια οδήγησης |
| 5 | e-Παράβολο: 98 ΕΥΡΩ για την ανανέωση (Κωδ. 0036) |
| 6 | Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας και επίδειξη αυτής |
| 7 | Μία (1) πρόσφατη έγχρωμη φωτογραφία διαβατηρίου |

|  |
| --- |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ αν η άδεια οδήγησης είχε εκδοθεί έπειτα από εξέταση στην Δευτεροβάθμια Ιατρική Επιτροπή (Δ.Ι.Ε) πρέπει για την ανανέωσή της ο ενδιαφερόμενος να προσκομίσει πιστοποιητικά υγείας ειδικοτήτων ιατρών που είχε εξεταστεί στην Δ.Ι.Ε** |

|  |
| --- |
| **ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΙΑΣ** |
| Έλληνες πολίτες: Αστ. Ταυτότητα ή Άδεια Οδήγησης ή Διαβατήριο Πολίτες ΕΕ: Διαβατήριο και Άδεια Διαμονής Ευρωπαίου πολίτη που να έχει εκδοθεί τουλάχιστον 185 ημέρες πριν την αίτησηΠολίτες εκτός ΕΕ: Διαβατήριο και Άδεια Παραμονής που να έχει εκδοθεί 185 ημέρες τουλάχιστον πριν την αίτησηΣτην περίπτωση που δεν συμπληρώνεται το ανωτέρω χρονικό διάστημα, υποβάλλονται επιπλέον 2 τουλάχιστον δικαιολογητικά που να αποδεικνύουν την παραμονή τουλάχιστον 185 ημέρες πριν την αίτηση |
| **ΜΗ ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ** |
| Απαιτείται ο ορισμός εκπροσώπου/εξουσιοδοτημένου προσώπου στο παρόν έντυπο με θεώρηση του γνησίου της υπογραφής ή εξουσιοδότηση ή πληρεξούσιο και θεώρηση γνησίου υπογραφής στο Έντυπο Εκτύπωσης |
| Σε περίπτωση που το παρόν έντυπο επέχει και θέση Υ.Δ. το κείμενο υπογράφεται μόνο από τον ενδιαφερόμενο ή από πρόσωπο που έχει πληρεξούσιο, στο οποίο θα δίνεται ρητά το δικαίωμα υπογραφής Υ.Δ.  |
| *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.* |