

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ

ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑΤ. ΣΥΖΥΓΟΥ ή το γένος (επί
εγγάμων γυναικών):

ΤΟΠΟΣ

ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Δ/ΝΣΗ

ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:.....

Α.Φ.Μ.:.....

Δ.Ο.Υ.:.....

ΑΡΙΘ.ΤΑΥΤΟΤ:.....

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

Πληκτρολογήθηκε αυθημερόν στην
ηλεκτρονική εφαρμογή Δ.Ε.Α., με
αρνητικό αποτέλεσμα.

Βόλος,...../...../.....

ΠΡΟΣ**ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ****ΒΟΛΟΥ**

Παρακαλώ όπως σύμφωνα με
τις διατάξεις του Ν.2168/93,
μου ανανεώσετε την άδεια
κατοχής πυροβόλου όπλου
για εξάσκηση στη σκοποβολή,

ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΩ ΤΑ ΚΑΤΩΘΙ:

1. Δύο (2) Υπεύθυνες Δηλώσεις.
2. Δύο Ιατρικά Πιστοποιητικά (ένα από Παθολόγο ή Νευρολόγο ή Γενική Ιατρικής και ένα από Ψυχίατρο).
3. Τέσσερις (4) έγχρωμες φωτογραφίες.
4. Φ/Α Δελτίου Σ.Κ.Ο.Ε.. (Θεωρημένο για το τρέχον έτος).
5. Φ/Α Δελτίου Ταυτότητας.
6. Βεβαίωση συμμετοχής σε αγώνες του Σ.Κ.Ο.Ε.. και βεβαίωση έγκρισης της ΣΚ.Ο.Ε. για την ανανέωση της άδειας κατοχής. .
7. Σε περίπτωση που είναι εγγεγραμμένος σε σύλλογο ξένης περιφέρειας: βεβαίωση – δήλωση ότι δύναται από το καταστατικό του Συλλόγου να εγγράφονται κάτοικοι ξένων περιφερειών.
8. Φωτοαντίγραφο αίτησης εγγραφής.
9. Φωτοαντίγραφο άδειας κατοχής όπλων του Συλλόγου.
10. e-παράβολο [6024] αξίας **25,40 ευρώ**
11. e-παράβολο [6025] αξίας **2,04 ευρώ**

Ο
ΑΙΤΩΝ



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	ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ			
Ο - Η Όνομα			Επώνυμο	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα				
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας				
Ημερομηνία γέννησης				
Τόπος γέννησης				
Αριθμός δελτίου ταυτότητας			Τηλ.	
Τόπος κατοικίας		Οδός	Τ.Κ :	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (FAX)		Δ/νση Ηλεκ.Ταχ/μείου		

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 :

Γνωρίζω τους κανονισμούς διεξαγωγής του αθλήματος που θα ασκώ, με τα όπλα που πρόκειται να προμηθευτώ / που κατέχω, καθώς και τους κανόνες ασφαλούς χρήσης και φύλαξης που θα ακολουθώ. Εξακολουθούν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της αρχικής χορήγησης της άδειας. Το όπλο που θα προμηθευτώ / που κατέχω

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ

Υπέγραψε ενώπιον μου αυθημερόν
Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Βόλος,/...../.....

- Ο / Η -
Δ Η Λ.....



Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η
(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	ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ			
Ο - Η Όνομα		Επώνυμο		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα				
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας				
Ημερομηνία γέννησης				
Τόπος γέννησης				
Αριθμός δελτίου ταυτότητας		Τηλ.		
Τόπος κατοικίας		Οδός		Τ.Κ :
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (FAX)		Δ/νση Ηλεκ.Ταχ/μείου		

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 :

- Α) Δεν εμπίπτω στις απαγορευτικές διατάξεις του άρθρου 18 παρ. 2 του Ν.2168/93.
 Β) Δεν τυγχάνω φυγόποινος ή φυγόδικος.
 Γ) Δεν εκκρεμεί σε βάρος μου ποινική υπόθεση για παράβαση που προβλέπεται από το άρθρο 18 παρ.2 του Ν. 2168/93.
 Δ) Δεν είμαι εταίρος σε Ιδιωτική Επιχείρηση Παροχής Υπηρεσιών Ασφαλείας (Ι.Ε.Π.Υ.Α.), (SECURITY), που λειτουργεί ως ομόρρυθμος ή ετερόρρυθμος εταιρεία.
 Ε) Δεν είμαι εκπρόσωπος, διαχειριστής, μέλος Δ.Σ. ή μέτοχος Ιδιωτικής Επιχείρησης Παροχής Υπηρεσιών Ασφαλείας (SECURITY), που λειτουργεί με τη μορφή ανώνυμης εταιρείας.
 ΣΤ) Δεν είμαι υπάλληλος Ιδιωτικής Επιχείρησης Παροχής Υπηρεσιών Ασφαλείας (SECURITY).

Βόλος,/...../.....

- Ο / Η -
Δ Η Λ.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ*(Παθολόγου ή Νευρολόγου ή Γενικής Ιατρικής)*

Ο/Η Ιατρός _____

πιστοποιώ ότι ο/η _____

του _____ και της _____

γεννηθείς στις ____/____/____ στ _____

και με αριθμό ταυτότητας _____, από πλευράς
σωματικής υγείας έχει ικανότητα και καταλληλότητα να φέρει σκοπευτικό
όπλο για την άσκηση του αθλήματος της Σκοποβολής.

Ημερομηνία

____/____/20____

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

*(Σφραγίδα και Υπογραφή)***Οδηγίες προς τον Ιατρό**

Το παρόν Ιατρικό Πιστοποιητικό θα πρέπει να παραδοθεί στον ενδιαφερόμενο
εντός σφραγισμένου φακέλου, ώστε να αποσφραγιστεί μόνο από την αρμόδια
για την έκδοση της άδειας κατοχής σκοπευτικού όπλου Αστυνομική Αρχή.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Ψυχιάτρου)

Ο/Η Ιατρός _____

πιστοποιώ ότι ο/η _____

του _____ και της _____

γεννηθείς στις ____/____/____ στ _____

και με αριθμό ταυτότητας _____, είναι σε κατάλληλη κατάσταση ψυχικής υγείας, ώστε να τον/την καθιστά ικανό/-ή να φέρει σκοπευτικό όπλο για την άσκηση του αθλήματος της Σκοποβολής.

Ημερομηνία

____ / ____ / 20____

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

(Σφραγίδα και Υπογραφή)

Οδηγίες προς τον Ιατρό

Το παρόν Ιατρικό Πιστοποιητικό θα πρέπει να παραδοθεί στον ενδιαφερόμενο εντός σφραγισμένου φακέλου, ώστε να αποσφραγιστεί μόνο από την αρμόδια για την έκδοση της άδειας κατοχής σκοπευτικού όπλου Αστυνομική Αρχή.