**ΑΙΤΗΣΗ ΜΗ ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗΣ**

**ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ**

ΤΟΥ/ΤΗΣ:

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: |  |
| ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: |  |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ: |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: |  |

Προσκομίζω συνημμένα το πιστοποιητικό πλησιεστέρων συγγενών (*υποχρεωτικό*)

Τα ονόματα των κληρονόμων συμπληρώνονται παρακάτω υποχρεωτικά:

(*Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Σχέση με τον θανόντα π.χ σύζυγος, τέκνο κλπ*)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ**

ΤΜΗΜΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε πιστοποιητικό, στο οποίο να φαίνεται ότι δεν προσβλήθηκε το κληρονομικό δικαίωμα του/των κληρονόμου/μων του θανόντα/της θανούσης

**(*στοιχεία θανόντα/θανούσης*)**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΟΝ/ΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: |  |
| ΟΝ/ΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: |  |
| ΟΝ/ΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ:(*μόνο για γυναίκες*) |  |
| ΤΟ ΓΕΝΟΣ:(*μόνο για γυναίκες*) |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: |  |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΕΝ ΖΩΗ: |  |

 Κοζάνη, / /2021

 Ο/Η Αιτών/ούσα