

**ΤΟΠΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ /ΤΟΠΙΚΟ ΥΠ/ΜΑ  
ΤΜΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΦΟΡΩΝ**

Δ/νση:

Τ.Κ.:

Πληρ.:

Αριθ. Τηλ.:

E – Mail :

Ημερ/νία.

Αριθ. Πρωτ.

**Θέμα:** «Απορριπτική απόφαση απαλλαγής από την αλληλέγγυα ευθύνη ως προς τις οφειλές Νομικού Προσώπου»

**ΑΠΟΦΑΣΗ  
Ο/Η Δ/ΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ/ΤΟΠΙΚΟΥ ΥΠΟΚ/ΤΟΣ .....e-  
Ε.Φ.Κ.Α.**

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις των άρθρων 14 § 8 του ΑΝ 1846/51 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρ. 119 του Κανονισμού Ασφαλίσεως τ.ΙΚΑ-ΕΤΑΜ όπως ισχύει μετά την αντικατάστασή του με την Φ11321/6316/11-4-07 (Β'603) Α.Υ.Ε.Κ.Α.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του ΑΝ 1846/51 Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων όπως ισχύει.
3. Τις διατάξεις του άρθρου 64 του ν. 4646/2019 (ΦΕΚ Α' 201) όπως ισχύει.
4. Τις διατάξεις της υπ' αρ. 65118/6-9-2021 Υπουργικής Απόφασης «Περιπτώσεις έλλειψης υπαιτιότητας για τη μη στοιχειοθέτηση της αλληλέγγυας ευθύνης για οφειλές προς τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 31 του ν. 4321/2015» (ΦΕΚ Β' 4217)
5. Την με αρ. πρωτ: .....αίτηση του/της.....
6. Την από .....έκθεση ελέγχου- εισήγηση του αρμόδιου τμήματος Ασφάλισης-Εισφορών της Τοπικής Διεύθυνσης ή του Τοπικού Υποκ/τος .....

Αφού σκεφθήκαμε σύμφωνα με το Νόμο

Επειδή.....

.....  
.....

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ**

Την απόρριψη του αιτήματος του /της..... Α.Φ.Μ....., περί της απαλλαγής του/της, από την αλληλέγγυα ευθύνη για την καταβολή των οφειλών του Νομικού Προσώπου (στοιχεία της επιχείρησης Α.Μ.Ε., Α.Φ.Μ. κ.λ.π.), για τους αναφερόμενους στο σκεπτικό της παρούσας απόφασης λόγους.

**Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- 1) Ενδιαφερόμενος/η
- 2) Αρμόδιο ΚΕΑΟ

(Με απόδειξη παραλαβής και την πληροφορία ότι κατά της ανωτέρω απόφασης μπορεί να υποβληθεί αίτηση θεραπείας-ένσταση εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών, από την παραλαβή της).