

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. 4Ν. 1599/1986)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | | Ε.Λ.Κ.Ε.Α. 2η Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου | | | | | | | | | | | | |
| Ο – ~~Η~~ Όνομα: | |  | | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | | Τηλ: |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | |  | | Οδός: |  | | | | Αριθ: | |  | ΤΚ: |  |
| Α.Φ.Μ.: |  | | | | Δ.Ο.Υ.: | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail) | | |  | | | | |

ΑΜΚΑ Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης

❖ Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το σύνολο των πρόσθετων αμοιβών ή άλλων απολαβών μου, συμπεριλαμβανομένων και των αμοιβών από τον Ε.Λ.Κ.Ε.Α. της 2ης Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου,

για τη συμμετοχή μου στη **μελέτη με τίτλο** ……………………………………………………………………………

που διεξάγεται στο Νοσοκομείο………………………………………………………………………………………..

και για το χρονικό διάστημα απασχόλησής μου από ………………….έως………………….

δεν υπερβαίνει κατά μήνα τις αποδοχές της οργανικής μου θέσης, χωρίς συνυπολογισμό σε αυτές της οικογενειακής παροχής και ότι το σύνολο των αποδοχών της οργανικής μου θέσης και των πρόσθετων αμοιβών μου κατά μήνα δεν υπερβαίνει το ποσό που αντιστοιχεί στον καταληκτικό βασικό μισθό (Μ.Κ. 16) του Συντονιστή Διευθυντή, πολλαπλασιαζόμενο με τον συντελεστή 2,06, στρογγυλοποιούμενο στην πλησιέστερη μονάδα ευρώ. Το εν λόγω μηνιαίο όριο ανέρχεται στο ποσό των 6.310€, σύμφωνα με το άρθρο 28 παραγρ. 3 εδάφιο β του Ν.4354/2015, όπως διαμορφώθηκε με τον Ν.4999/2022 άρθρο 54 παράγραφος 12.

Φορέας Εργασίας:

Δ/νση-Τ.Κ.-Τηλέφωνα εργασίας

Ειδικότητα & βαθμός:

Θέση εργασίας/Τμήμα

ΑΦΟΡΑ ΑΜΟΙΒΕΣ **ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ** ΑΠΟ ΕΛΚΕΑ 2ης Δ.Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

Ημερομηνία: 202\_

**Ο-Η Δηλ…**

(Υπογραφή)

1. Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
2. Αναγράφεται ολογράφως.

**(3)** «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. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

**(4)** Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.