

**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(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 ως ομιλητή / προέδρου στην **επιστημονική εκδήλωση με τίτλο:**…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………...

**που διεξήχθη στις**……………………………………………………………………………………………………….

**α)** δεν υπερβαίνει κατά μήνα τις αποδοχές της οργανικής μου θέσης, χωρίς συνυπολογισμό σε αυτές της οικογενειακής παροχής και

**β)** το σύνολο των αποδοχών της οργανικής μου θέσης και των **πρόσθετων αμοιβών** μου κατά μήνα δεν υπερβαίνει τις μηνιαίες αποδοχές που αντιστοιχούν **σε Εφέτη** με 19 χρόνια υπηρεσίας, χωρίς την οικογενειακή παροχή, όπως οι αποδοχές αυτές καθορίσθηκαν από το άρθρο 57 του Ν.3691/2008 (ΦΕΚ 166Α'), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με τις διατάξεις του άρθρου 6, παρ. 1, του Ν.3808/2009 (ΦΕΚ 277Α').

**Φορέας Εργασίας**:

**Δ/νση-Τ.Κ.-Τηλέφωνα εργασίας:**

**Ειδικότητα & βαθμός**:

**Θέση εργασίας/Τμήμα:**

**ΑΦΟΡΑ ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΚΕΑ ΤΗΣ 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.