**Υ\_3**

|  |  |
| --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  (υπηρεσία προσωπικού που ανήκει ο αξιολογητής/  εμπειρογνώμονας ή το μέλος επιτροπής)  ……………………………….  Ταχ. Δ/νση:  Ταχ. Κωδ.:  Πληροφορίες:  Τηλ:  Fax:  e-mail: | Ημ/νία:  Αρ. Πρωτ.: |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι ο αξιολογητής/εμπειρογνώμονας ή το μέλος επιτροπής με τα κάτωθι στοιχεία:

Επίθετο: ……………………..………..

Όνομα: ……………………………..……

Πατρώνυμο: …………………………..

ΑΦΜ: ………………………..

Κατηγορία/ειδικότητα: …………………………….

Σχέση εργασίας:…………………(Μόνιμος , Αορίστου χρόνου)

Φορέας ασφάλισης ……..…….…

(α) υπέβαλε Υπεύθυνη δήλωση, σύμφωνα με το άρθρ. 8 του Ν. 1599/1986:

* ότι για τους μήνες

………………. (μήνας) ……………… (έτος)

………………. (μήνας) ……………… (έτος)

θα εισπράξει από ……………….το ποσό των ……….… ευρώ *(συνολικός αριθμός αξιολογήσεων Χ 25 ευρώ / συνολικός αριθμός συμμετοχών σε επιτροπές Χ 45 ευρώ*) για εργασία που προσέφερε για την αξιολόγηση αιτήσεων στήριξης / για τη συμμετοχή του στις (γνωμοδοτικές/ενστάσεων) επιτροπές στην Περιφέρεια …………………… στο πλαίσιο του Μέτρου …… υπομέτρου ……. «………………………………………………………….».

* ότι το σύνολο των πρόσθετων μηνιαίων αμοιβών ή απολαβών που λαμβάνει από τη συμμετοχή του σε συλλογικά όργανα, δεν υπερβαίνει τα 1.200 € ανά μήνα και τα 2.400 € ετησίως, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 21 του Ν. 4354/2015 (Α΄ 176), όπως ισχύει (ή τα όρια αμοιβών που ισχύουν κατά περίπτωση)

(β) υπόκειται στις κάτωθι κρατήσεις:

* ……..
* ……..

Ο Προϊστάμενος της Υπηρεσίας

(ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα)