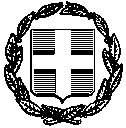
**Υ\_4**



**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): |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: |  | |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | | |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: | | | | | | | | | | | | | | |
| * για τους μήνες …………..…. Έτος ….….. θα εισπράξω από ……………………….. το ποσό των …..…… ευρώ (συνολικός αριθμός αξιολογήσεων Χ 25 ευρώ / συνολικός αριθμός συμμετοχής σε επιτροπές Χ 45 ευρώ) για εργασία που προσέφερα για την αξιολόγηση αιτήσεων στήριξης / για τη συμμετοχή μου στις (γνωμοδοτικές/ενστάσεων) επιτροπές στην Περιφέρεια …………………… στο πλαίσιο του Μέτρου …… υπομέτρου ……. «………………………………………………………….». * το σύνολο των πρόσθετων μηνιαίων αμοιβών ή απολαβών που λαμβάνω από τη συμμετοχή μου 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*) * ο φορέας απασχόλησής μου είναι ……………..…….. (π.χ. Περιφέρεια ……., Υπουργείο ……..)/είμαι αυτοαπασχολούμενος   εργάζομαι με σχέση εργασίας ……………………… (Μόνιμος, Αορίστου χρόνου),  κατηγορία εκπαίδευσης ………. (π.χ. ΠΕ, ΤΕ),  κλάδος ………………… (π.χ. Γεωπονικού, Οικονομικού, κ.α.) και  Φορέας ασφάλισης ……..…….…   * ο Αριθμός Φορολογικού Μητρώου μου είναι (ΑΦΜ) ….……….…………….. | | | | | | | | | | | | | | |

Ημερομηνία: ……….

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.