

**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⁾ :	Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Φθιώτιδας		
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :			
Τόπος Γέννησης:		Τηλ./ Κινητό:	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Email:	
Διεύθυνση (Οδός, Πόλη, ΤΚ):			

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:

- Ο Αριθμός Φορολογικού μου Μητρώου (Α.Φ.Μ.) είναι: (Αρμόδια ΔΟΥ:)
- Ο Α.Μ.Κ.Α. μου είναι: (Ασφαλιστικός φορέας:.....)
- Ο Α.Μ.-Ι.Κ.Α. μου είναι:
- Ο IBAN μου είναι:
Παρακαλείσθε να συμπληρωθεί ο αριθμός IBAN τραπεζικού λογαριασμού της επιλογής σας, με την προϋπόθεση να είστε **ο μοναδικός ή ο πρώτος δικαιούχος**.
- **Είμαι / Δεν είμαι** ασφαλισμένος πριν την 1-1-1993.
(*Να διαγραφεί ότι δεν ισχύει. Στην περίπτωση θετικής απάντησης να επισυναφθεί κατάλληλο αποδεικτικό*).
- **Είχα / Δεν είχα** διοριστεί ως Μόνιμος Υπάλληλος και **έχω / δεν έχω** καταβάλει κρατήσεις νεοδιόριστου στο Μ.Τ.Π.Υ..
(*Να διαγραφεί ότι δεν ισχύει. Στην περίπτωση που έχουν καταβληθεί κρατήσεις νεοδιόριστου να επισυναφθεί βεβαίωση από την προηγούμενη υπηρεσία για το ύψος και το είδος των κρατήσεων*).
- **Είχα / Δεν είχα** προϋπηρεσία στο Δημόσιο με οποιαδήποτε σχέση πριν την 1-1-2011 και επιλέγω να υπαχθώ στο ασφαλιστικό καθεστώς **ΕΦΚΑ-Δημοσίου / ΕΦΚΑ-ΙΚΑ**.
(*Να διαγραφεί ότι δεν ισχύει. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει προϋπηρεσία στο Δημόσιο με οποιαδήποτε σχέση πριν την 1-1-2011 είναι υποχρεωτική η υπαγωγή στο ΕΦΚΑ-ΙΚΑ*).
- **Υπάγομαι/ Δεν υπάγομαι** στην υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση του Τ.Ε.Κ.Α..
(*Να διαγραφεί ότι δεν ισχύει. Η υπαγωγή στην υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση του Τ.Ε.Κ.Α. γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 6 παρ. 1 του Ν.4826/2021*).

Συνημμένα:

- Φωτοτυπία Ταυτότητας
- Αποδεικτικό Α.Φ.Μ.
- Αποδεικτικό Α.Μ.Κ.Α.
- Αποδεικτικό Α.Μ.-Ι.Κ.Α.
- Αποδεικτικό IBAN

Ημερομηνία:/...../2022

... 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.