### 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 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας), Μαβίλη 11, Τ.Κ. 54630, Θεσσαλονίκη |
| 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): |  |
| Α.Φ.Μ. |  | Δ.Ο.Υ. |  |

Α.Μ.Κ.Α Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 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: |
| α)Το σύνολο των πρόσθετων αμοιβών ή άλλων απολαβών μου, περιλαμβανομένων και των αποζημιώσεων από εφημερίες, δεν υπερβαίνει κατά μήνα τις αποδοχές της οργανικής μου θέσης, χωρίς συνυπολογισμό σε αυτές της οικογενειακής παροχής, και το σύνολο των αποδοχών της οργανικής μου θέσης και των πρόσθετων αμοιβών μου κατά μήνα δεν υπερβαίνει το ισχύον ανώτατο όριο αποδοχών και πρόσθετων αμοιβών των ιατρών του Ε.Σ.Υ.β) Δεν αποκτώ εισόδημα από επιχειρηματική δραστηριότητα κατά την έννοια του Κώδικα Φορολογίας Εισοδήματος και του Κώδικα Φορολογικής Διαδικασίας, ως ισχύουν, και δεν είμαι υπόχρεος τήρησης αξιόπιστου λογιστικού συστήματος και κατάλληλων λογιστικών αρχείων (βιβλίων και στοιχείων) σύμφωνα με τα Ελληνικά Λογιστικά Πρότυπα και τον Κώδικα Φορολογικής Διαδικασίας.γ) Υπέχω την υποχρέωση ενημέρωσης του ΕΛΚΕΑ εφόσον κατά την εκτέλεση της σύμβασης αποκτήσω εισόδημα από επιχειρηματική δραστηριότητα και καταστώ υπόχρεος τήρησης αξιόπιστου λογιστικού συστήματος και κατάλληλων λογιστικών αρχείων (βιβλίων και στοιχείων) με βάση την ισχύουσα φορολογική νομοθεσία.δ) Είμαι υπόχρεος τήρησης της οικείας ασφαλιστικής νομοθεσίας.Φορέας Εργασίας:…………………………………………………………………………………………………………………………….Δ/νση—Τ.Κ – Τηλέφωνα εργασίας:…………………………………………………………………………………………………………Ειδικότητα & βαθμός:…………………………………………………………………………………………………………………………Θέση εργασίας/Τμήμα:………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
|  |

Ημερομηνία: ……….20……

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.