

**Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η**

(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 5 Ν. 2690/1999 ΦΕΚ 45 Τ.Α.)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρου 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Π Ρ Ο Σ : (1) **ΔΗΜΟΣ ΔΡΑΜΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ**

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο: Πατέρα |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο: Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτίου Ταυτότητας: |  | Α.Φ.Μ..: |  |
| Ημερομηνία γέννησης:(2) |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ. |  | Τ.Κ |  |
| Τηλέφωνο:  |  | (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ.Ταχυδρομίου (Email) |  |

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:

**Εξουσιοδοτώ** τ…… σύζυγο μου …………………………………………………………………………………………………………………………………

Του……………………………………………………… με ΑΔΤ……………………………………………………….. και αποδέχομαι να ορισθεί ως υπεύθυνος είσπραξης η να συνεχίσει να είναι υπεύθυνος είσπραξης του επιδόματος ………………………………………………………………………………………………………………..που δικαιούται και παίρνει ή θα πάρει (διαγράφεται αναλόγως) …………………………………………………………………………….του………………………………………………………………

. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω αμέσως στην Υπηρεσία σας) σε περίπτωση αλλαγής στην ασφαλιστική του κατάσταση , την οικογενειακή του κατάσταση, λήψη σύνταξης, επιδόματος ή άλλης οικονομικής ενίσχυσης άμεσα ή έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως την ίδια ή άλλη πάθηση και για την ίδια η άλλη αιτία και από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής, μεταβολή του τόπου κατοικίας του, τη μεταβολή του νομίμου αντιπροσώπου,, την εισαγωγή του σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα κ.λ.π., καθώς και για την περίπτωση θανάτου του.

Αναλαμβάνω την οποιαδήποτε ευθύνη που θα προκύψει έναντι της Υπηρεσία σας από τη μη γνωστοποίηση των ανωτέρω αναφερομένων. Σε περίπτωση που δεν ισχύει κάποιο στοιχείο από τα ανωτέρω ή επέλθει κάποια μεταβολή και δεν τη γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία σας είμαι υποχρεωμένος/η να επιστρέψω άμεσα στο ακέραιο το ληφθέν ποσό του επιδόματος κ.λ.π. με τρόπο που θα μου υποδειχθεί από την Υπηρεσία σας

**Η υπεύθυνη δήλωση θα πρέπει να θεωρείται για το γνήσιο της υπογραφής, από την Αστυνομία ή Δημόσια υπηρεσία. Συναινώ στην αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών από την Υπηρεσία σας (Δ/νση Πρόνοιας)**

(1)Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση(2)Αναγράφεται ολογράφως.(3),<<Οποιος εν γνώση του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή υποκρύπτει 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 εαυτό του ‘η 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 σε άλλο κατάλληλο σημείο του έντυπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.

 Δράμα ................20

 Ο-Η δηλ.....