



## 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 <sup>(1)</sup> :                | 251 ΓΝΑ / ΔΦΤ / ΥΥΕ |  |       |                                    |  |       |     |
| Ο – Η Όνομα:                         |                     |  |       | Επώνυμο:                           |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:            |                     |  |       |                                    |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:           |                     |  |       |                                    |  |       |     |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : |                     |  |       |                                    |  |       |     |
| Τόπος Γέννησης:                      |                     |  |       |                                    |  |       |     |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |                     |  |       | Τηλ:                               |  |       |     |
| Τόπος Κατοικίας:                     |                     |  | Οδός: |                                    |  | Αριθ: | ΤΚ: |
| Αριθμός Φαξ :                        |                     |  |       | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |  |       |     |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Φέρω τον Βαθμό :....., ο Αριθμός Μητρώου (ΑΜ) μου είναι:..... ,  
ο Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) μου είναι :..... ,  
κατέχω το Ατομικό Βιβλιário Νοσηλείας (ΑΒΝ) με αριθμό :.....  
και η Ημερομηνία Έκδοσης αυτού είναι :.....
2. Τα μέλη της οικογένειάς μου (ιδίας και πατρικής) που δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψη σε βάρος του ΥΕΘΑ/ΓΕΑ, και κατέχουν ΑΒΝ σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του ΠΔ136/2014, αναγράφονται στον πίνακα της δεύτερης σελίδας της παρούσας δήλωσης.
3. Εφόσον ο αριθμός ή η κατάσταση των μελών της οικογένειάς μου μεταβληθεί (γάμος παιδιού, υπέρβαση των ηλικιακών ορίων και των διατάξεων του ΠΔ 136/2014, διορισμός ή ασφάλιση οποιουδήποτε μέλους οικογενείας σε δημόσια θέση ή άλλο ασφαλιστικό οργανισμό, θάνατος οποιουδήποτε μέλους, διαζύγιο), θα υποβάλλω αμέσως νέα δήλωση μέσω της Μονάδας μου στο 251ΓΝΑ/ΔΦΤ/ΥΥΕ και θα παραδώσω το αντίστοιχο ΑΒΝ στη Μονάδα μου για τα περαιτέρω.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΙΔΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΚΑΙ ΚΑΤΕΧΟΥΝ ΑΒΝ ΥΠΕΘΑ/ΓΕΑ**

| Α/Α | Βαθμός Συγγένειας                               | Ονοματε-<br>πώνυμο | Ημ/νία<br>Γενν. | Αριθμός<br>Κατεχομέ-<br>νου<br>Βιβλιαρίου | Ημερ/νία<br>Έκδοσης<br>Βιβλιαρίου | Για τους Φοιτητές |                                     | ΑΜΚΑ | ΑΦΜ |
|-----|---|--------------------|-----------------|---|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------|-----|
|     |   |                    |                 |   |                                   | Σχολή             | Χρόνος<br>Εγγραφής<br>Στο Α<br>Έτος |      |     |
| 1   | Σύζυγος   |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 2   | Άγαμο τέκνο                                     |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 3   | >>  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 4   | >>  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 5   | >>  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 6   | >>  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 7   | Πατέρας   |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 8   | Μητέρα  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 9   | Αδελφή άνω των 40 ετών, ως ορίζει το ΠΔ136/2014 |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 10  | >>  |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |
| 11  | Αδελφός/η με αναπηρία άνω του 67%               |                    |                 |   |                                   |                   |                                     |      |     |

Ημερομηνία: ..... /..... 20....

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ  
(για το γνήσιο της υπογραφής)

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.