



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⁾ :	ΓΕΑ/ΔΥΓ/2/Μητρώο						
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:	TK:
Αριθμός Φαξ :				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (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:

1. Φέρω τον Βαθμό :....., ο Αριθμός Μητρώου (ΑΜ) μου είναι:..... ,
ο Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) μου είναι :..... ,
κατέχω το Ατομικό Βιβλιάριο 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 οικογένειας 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 ΓΕΑ/ΔΥΓ/2/Μητρώο 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	Όνοματε-πώνυμο	Ημ/νία Γενν.	Αριθμός Κατεχομέ-νου Βιβλιαρίου	Ημερ/νία Έκδοσης Βιβλιαρίου	Για τους Φοιτητές		ΑΜΚΑ	ΑΦΜ
						Σχολή	Χρόνος Εγγραφής Στο Α 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.