



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 ν. 1599/1986)

Ο-Η	Όνομα:		Επώνυμο:	
Πατρώνυμο:		Α.Φ.Μ.:		Α.Δ.Τ.:

Με ατομική μου ευθύνη και, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του ν. 1599/1986, δηλώνω* τα εξής (διαγράφονται όσα δεν ισχύουν):

1. Ο χρόνος υπηρεσίας μου

μου χρησίμευσε	δε μου χρησίμευσε
----------------	-------------------

 για να πάρω σύνταξη από οποιονδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό.
2. Για τον ίδιο χρόνο

πήρα	δεν πήρα
------	----------

 αποζημίωση.
3.

Εργάζομαι	Δεν εργάζομαι
-----------	---------------

 σε οποιονδήποτε φορέα-επιχείρηση ή

Είμαι	Δεν είμαι
-------	-----------

 αιρετός. Σε οποιαδήποτε καταφατική περίπτωση, συμπληρώνεται επακριβώς το είδος, ο τόπος εργασίας και ο εργοδότης ή ο φορέας στον οποίο εκλέχθηκα:
4.

Παίρνω	Δεν παίρνω
--------	------------

 άλλη σύνταξη. Σε καταφατική περίπτωση να επισυναφθεί αντίγραφο της συνταξιοδοτικής πράξης.
5.

Έχω	Δεν έχω
-----	---------

 αποκτήσει στο παρελθόν δικαίωμα σε άλλη σύνταξη εξ ίδιας υπηρεσίας – εργασίας ή από μεταβίβαση (λόγω θανάτου ή καταδίκης). Σε καταφατική περίπτωση, **α)** επισυναπτω αντίγραφο της Συνταξιοδοτικής Πράξης, **β)** δηλώνω ότι το δικαίωμα αυτής της σύνταξης απορρέει από εργασία στο και **γ)** η παραπάνω σύνταξη

μου καταβάλλεται	δεν μου καταβάλλεται
------------------	----------------------
6. Είμαι

έγγαμος	άγαμος	διαζευγμένος	σε διάσταση
---------	--------	--------------	-------------
7.

Λαμβάνω	Δεν λαμβάνω
---------	-------------

 οικογενειακό επίδομα από άλλη πηγή. Σε καταφατική περίπτωση να συμπληρωθεί ο φορέας:.....
8. Οποιαδήποτε μεταβολή της ατομικής και οικογενειακής μου κατάστασης θα την δηλώνω άμεσα στον συνταξιοδοτικό μου φορέα.
9.

Επιθυμώ

 την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου.

Δεν επιθυμώ

 την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου αφού καλύπτομαι (για περίθαλψη) από τον εξής υγειονομικό - ασφαλιστικό φορέα:
10.

Επιθυμώ	Δεν επιθυμώ
---------	-------------

 την πρόωγη καταβολή σύνταξης, μειωμένη κατά..... για κάθε μήνα που υπολείπεται από τη σημερινή ηλικία μου μέχρι το αντίστοιχο όριο ηλικίας συνταξιοδότησης.

Ο / Η δηλών / ούσα

* Στην περίπτωση θανάτου στην υπηρεσία, την παρούσα υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνει το άτομο που καταθέτει τα δικαιολογητικά και, ενδεχομένως, ζητά την μεταβίβαση της Σύνταξης. Οι § 3-10 συμπληρώνονται από το άτομο αυτό, ενώ οι § 1-2 τροποποιούνται κατάλληλα προκειμένου να αναφέρονται στο θανόντα.