|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. ΠΕΙΡΑΙΑ** |  | **ΣΧΟΛ. ΕΤΟΣ 2021-2022** |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Για τον υπολογισμό της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4354/2015

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **1. ΑΤΟΜΙΚΑ (Όπως στο Δελτίο Ταυτότητας)** |  | **2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ : |  |  | ΠΟΛΗ : |  |
| ΟΝΟΜΑ : |  |  | ΟΔΟΣ : |  |
| ΕΠΩΝ. ΠΑΤΡΟΣ : |  |  | ΑΡΙΘΜΟΣ : |  | ΤΑΧ.ΚΩΔ. : |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : |  |  | E-MAIL : |  |
| ΕΠΩΝ. ΜΗΤΡΟΣ : |  |  | ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ : |  |  | ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ : |  **\_ \_ / \_ \_ / 1 9 \_ \_** |  | ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝ : |  |
|  |  | ΧΩΡΑ ΓΕΝΝ : |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  | ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔ : | **\_ \_ / \_ \_ / 1 9 \_ \_** |
| ΕΚΔΟΤΗΣ ΑΔΤ : |  |  | ΧΩΡΑ ΕΚΔ. ΑΔΤ : |  |
|  **3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ** |  | **4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ - ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ** |
| ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ : |  |  |  |  |  |  |  | Α.Μ.Κ.Α. : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : |  |  | ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΙΚΑ : |  |  |  |  |  |  |  |
| ΣΧΟΛ. ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ : |  |  | Α.Φ.Μ. : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ : |  |  | Δ.Ο.Υ. : |  |

 Ο/η υπογραφόμενος/η **δηλώνω υπεύθυνα** και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση τα παρακάτω στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καταβολή της οικογενειακής παροχής.

**Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** (Σημειώστε αντίστοιχα **Χ**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Άγαμος/η |  |  | Έγγαμος/η |  |  | Διάσταση |  |  | Διάζευξη |  |  | Χηρεία |  |  |  |  |

**Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ : |  |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : |  |
| ΟΝΟΜΑ : |  |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Δ. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ** (Για : 1. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - 2. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ )

1. **Αριθμός** παιδιών που είναι ασφαλισμένα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη **στον/στην άμεσα μισθοδοτούμενο**/η **και όχι στον/στην σύζυγο** : …………

2. Σε περιπτώσεις διάζευξης σημειώνουμε τη σχετική ένδειξη **ΝΑΙ** στο γονέα στον οποίο έχει νόμιμα ( με δικαστική απόφαση) ανατεθεί η επιμέλεια τέκνου/ων.

Συμπληρώστε **ΝΑΙ** **μόνο σε περίπτωση που είστε διαξευγμένος/η και έχετε τη φοροαπαλλαγή** του τέκνου/ων στη στήλη του επόμενου πίνακα.

**Ε. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (Αναγράφονται **ΟΛΑ** τα τέκνα του υπαλλήλου : Φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΟΝΟΜΑ** | **ΑΜΚΑ** | **ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | **ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ** | **ΗΜΕΡ. Α΄ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | **ΕΤΗ ΣΧΟΛΗΣ** | **ΑΝΑΠΗΡΙΑ >50%** | **ΦΟΡΟ-ΑΠΑΛΛΑΓΗ** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ :** 1. Για τα τέκνα σας που φοιτούν

Πειραιάς ……. / …….. / 2021

 ….. δηλ……

σε ανώτερες ή ανώτατες σχολές να συνυποβληθεί

Βεβαίωση Σπουδών ακαδημαϊκού έτους 2021-2022.

 2. Οι αποσπασμένοι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να

αποστείλουν τη δήλωση στην υπηρεσία μισθοδοσίας τους.

Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλούμενων στοιχείων θα τη γνωστοποιώ αμέσως με νέα Υπεύθυνη Δήλωσή μου στην υπηρεσία μισθοδοσίας μου.