



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 ν.1599/1986)

|       |            |  |          |  |
|-------|------------|--|----------|--|
| Ο – Η | Όνομα:     |  | Επώνυμο: |  |
|       | Πατρώνυμο: |  | ΑΦΜ:     |  |
|       |            |  | ΑΔΤ:     |  |

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):

- Ο χρόνος υπηρεσίας μου  μου χρησίμευσε  δεν μου χρησίμευσε για να πάρω σύνταξη από οποιονδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό.
- Για τον ίδιο χρόνο  πήρα  δεν πήρα αποζημίωση.
- 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Παίρνω  δεν παίρνω άλλη σύνταξη. Σε καταφατική περίπτωση να επισυναφθεί αντίγραφο της συνταξιοδοτικής πράξης.
- Έχω  Δεν έχω αποκτήσει στο παρελθόν δικαίωμα σε άλλη σύνταξη εξ ιδίας υπηρεσίας – εργασίας ή από μεταβίβαση (λόγω θανάτου ή καταδίκης). Σε καταφατική περίπτωση, **α)** επισυνάπτω 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.
- Είμαι  έγγαμος  άγαμος  χήρος  σε διάσταση  διαζευγμένος.
- Λαμβάνω  δεν λαμβάνω οικογενιακό επίδομα από άλλη πηγή. Σε καταφατική περίπτωση να συμπληρωθεί ο φορέας: \_\_\_\_\_
- Οποιαδήποτε μεταβολή της ατομικής και οικογενειακής μου κατάστασης θα την δηλώσω άμεσα στον συνταξιοδοτικό μου φορέα (πχ στην Υπηρεσία Συντάξεων του ΓΛΚ).
- Επιθυμώ την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου.  
 Δεν επιθυμώ την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου αφού καλύπτομαι (για περίθαλψη) από τον εξής υγειονομικό – ασφαλιστικό φορέα: \_\_\_\_\_
- Επιθυμώ  δεν επιθυμώ την πρόωρη καταβολή σύνταξης, μειωμένη κατά \_\_\_\_\_ για κάθε μήνα που υπολείπεται από την σημερινή ηλικία μου μέχρι το αντίστοιχο όριο ηλικίας συνταξιοδότησης.

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

Ο/Η δηλών/ούσα