### Α Ι Τ Η Σ Η - 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:** | Μετοχικό Ταμείο Πολιτικών Υπαλλήλων  Λυκούργου 12 – 10551 – Αθήνα | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**Περιγραφή αιτήματος :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Διεκπεραίωση Αίτησης για:** | **Οργανική Μονάδα:** | **Επιλογή** |
| **1.** | «την επίσπευση κανονισμού του μερίσματος για λόγους υγείας» | Δ/νση Μετόχων & Μερισματούχων,  Τμήμα Κανονισμού Μερισμάτων |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΣΗΣ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | |  | | | | Επώνυμο: |  | | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | |  | | | | Επώνυμο Πατέρα: |  | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | |  | | | | Επώνυμο Μητέρας: |  | | | | | | |
| Α.Φ.Μ.: | |  | | | | Α.Μ.Κ.Α..: |  | | | | | | |
| Αριθ. Μητρώου Μ.Τ.Π.Υ.: | |  | | | |  | | | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | |  | | | | Αρχή έκδοσης: |  | | | | | | |
| Δημότης Δήμου: | |  | | | | Αρ. δημοτολογίου: |  | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης : | |  | | | | Τόπος γέννησης: |  | | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: |  | | | Οδός: | |  | | Αριθ: | |  | | ΤΚ |  |
| Τηλέφωνο |  | | Κινητό Τηλ. | |  | | | | Fax: | |  | | |
| Διεύθυνση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail) (\*): | | |  | | | | | | | | | | |

**Δηλώνω ότι αποδέχομαι την ενημέρωση μου με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου** ή

Δεν επιθυμώ την ενημέρωση μου με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(1) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):**  Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο ενώπιον του αρμοδίου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα : |  | | | Επώνυμο: | |  | | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο πατέρα: | |  | | | | | | | Α.Δ.Τ. : | |  | |
| Α.Φ.Μ. : |  | | | Τόπος Κατοικίας: | | |  | | | | | |
| Οδός: |  | | | Αριθ. : |  | | Τ.Κ.: |  | | Τηλ: | |  |
| Κινητό  Τηλ.: |  | | Fax: |  | | | | E – mail (\*): | |  | | |

**Δηλώνω ότι αποδέχομαι την ενημέρωση μου με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου** ή

Δεν επιθυμώ την ενημέρωση μου με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

# ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α αίτησης** | **Δικαιολογητικά** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(2)** | **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** |
| **[1]** | Φωτοτυπία γνωμάτευσης από την αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή (ΑΣΥΕΑ, ΚΕΠΑ), Νοσοκομείου |  |  |  |

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(5) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **[1]** | Επιθυμώ την επίσπευση κανονισμού του μερίσματός μου για …………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |

**…….. /…../20…**

(1) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να

παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

.

(**Υπογραφή**)

(2) «’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».