

ΠΡΟΣΟΧΗ:ΓΙΑ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΦΑΚΕΛΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία με κεφαλαία γράμματα)

Ο /Η ασφαλισμένος του ΕΤΑΑ-Τομέας Υγειονομικών

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....ΟΝΟΜΑ:.....

Με ΑΜ (κλάδου σύνταξης).....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:.....

ΑΔΤ:..... ΕΚΔ.ΑΡΧΗ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ:.....ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣΑΡ.....

ΝΟΜΟΣ.....ΠΟΛΗ.....ΤΚ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:...ΟΔΟΣ.....ΑΡ.....

ΝΟΜΟΣ.....ΠΟΛΗ.....ΤΚ.....

Επιλέξτε ποια επιθυμείτε να είναι η δ/ση επικοινωνίας.

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....

E-mail:.....

ΗΜΕΡΟΜ. ΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ:.....

ΧΩΡΑ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ:.....

ΗΕΡΟΜΗΝ. ΑΝ/ΣΗΣ ΑΠΟ ΔΙΚΑΤΣΑ Ή ΔΟΑΤΑΠ:.....

ΑΣΚΗΣΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

1- Απόέως.....

2- Από έως.....

3- Από..... έως.....

ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ: απόέως.....

ΔΙΕΚΟΨΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:από.....έως.....

Δηλώνω τα ανωτέρω με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ 6 του Ν.1599/1986 περί ψευδούς δηλώσεως ενώπιον Δημόσιας αρχής.

Ημερομηνία.....20

Ο-Η Δηλ.....

(Υπογραφή)