



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:	Υ.ΝΑ.Ν.Π./ Α.Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ/ Υ.Υ.						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία Γέννησης:							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλ. Ταχυδ (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Έχω στην κατοχή μου βιβλιάρια νοσηλείας του **Υ.ΝΑ.Ν.Π./ Α.Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ/ Υ.Υ.** ως εξής :
 - Το ατομικό μου με αριθμό:
 - Των μελών οικογενείας μου που αναγράφονται στον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 1 :

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΙΔΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Α/Α	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ*	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΡ.ΒΥΠ	Α.Μ.Κ.Α.	Για τους Φοιτητές	
					ΣΧΟΛΗ ΗΛΘΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ Α' ΕΤΟΣ

*σύζυγος (ΣΥΖ), τέκνο (ΤΕΚΝΟ), πατέρας (ΠΑΤ), μητέρα (ΜΗΤ)

2. Απαιτείται η αρχική έκδοση βιβλιαρίων νοσηλείας :

α. Ατομικού μου ΝΑΙ ή ΟΧΙ (διαγράφεται ανάλογα μία λέξη)

β. Για τα δικαιούχα Υγ/κής περίθαλψης μέλη οικογένειάς μου, όπως αναγράφονται στον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 2 με βάση και τα επισυναπτόμενα για κάθε περίπτωση δικαιολογητικά.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ						
Α/Α	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ*	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Α.Μ.Κ.Α.	Για Γονείς	Για τους Φοιτητές	
				Μηνιαίο Εισόδημα	ΣΧΟΛΗ ΗΛΟΙΧΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ Α' ΕΤΟΣ

*σύζυγος (ΣΥΖ), τέκνο (ΤΕΚΝΟ), πατέρας (ΠΑΤ), μητέρα (ΜΗΤ)

3. Απαιτείται η οριστική επιστροφή ή η τροποποίηση ή η αντικατάσταση βιβλιαρίων νοσηλείας, που κατέχω (Δικό μου και μελών ως ΠΙΝΑΚΑΣ 1) με βάση την αιτιολογία που δηλώνω στον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 3 και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΕΧΟΜΕΝΩΝ ΒΙΒΛΙΑΡΙΩΝ				
Α/Α	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ*	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΟΧΟΥ	ΑΡ.ΒΥΠ	Λεπτομερής Αιτιολογία Επιστροφής ή τροποποίησης ή αντικατάστασης για κάθε περίπτωση

*σύζυγος (ΣΥΖ), τέκνο (ΤΕΚΝΟ), πατέρας (ΠΑΤ), μητέρα (ΜΗΤ)

4. Όταν ο αριθμός ή η κατάσταση των μελών της οικογένειάς μου **μεταβληθεί** (γάμος τέκνου, στράτευση άρρενος τέκνου, διορισμός ή ασφάλιση σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό, θάνατος, διαζύγιο **και κάθε άλλη περίπτωση που συνεπάγεται σε απώλεια του δικαιώματος περίθαλψης**, βάσει του νόμου περί παροχής υγειονομικής περίθαλψης από ΥΠΕΘΑ/ΛΙΜΕΝΙΚΟ ΣΩΜΑ **θα επιστρέψω αμέσως** τα σχετικά βιβλιάρια νοσηλείας και ΕΚΑΑ στο Υ.ΝΑ.Ν.Π./ Α.Λ.Σ. - ΕΛ.ΑΚΤ/ Υ.Υ.

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(Ονοματεπώνυμο)

(1) «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.