

Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η

(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):

1. Ο χρόνος υπηρεσίας μου οποιονδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό.

δεν μου χρησίμευσε

μου χρησίμευσε

για να πάρω σύνταξη από

1. Για τον ίδιο χρόνο αποζημίωση.

δεν πήρα

πήρα

1. σε οποιονδήποτε φορέα – επιχείρηση **ή** αιρετός. Σε οποια-

Δεν είμαι

Είμαι

Δεν εργάζομαι

Εργάζομαι

δήποτε καταφατική περίπτωση, συμπληρώνεται επακριβώς το είδος, ο τόπος εργασίας και ο εργοδότης

**ή** ο φορέας στον οποίο εκλέχθηκα:

# 4.

δεν παίρνω

Παίρνω

νταξιοδοτικής πράξης.

άλλη σύνταξη. Σε καταφατική περίπτωση να επισυναφθεί αντίγραφο της συ-

1. 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

Δέν έχω

Έχω

στο και

δεν μου καταβάλλεται

μου καταβάλλεται

**γ)** η παραπάνω σύνταξη .

1. Είμαι .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| έγγαμος | άγαμος | χήρος | σε διάσταση | διαζευγμένος |

1. οικογενιακό επίδομα από άλλη πηγή. Σε καταφατική περίπτωση να συμπληρωθεί ο φορέας:

δεν λαμβάνω

Λαμβάνω

1. Οποιαδήποτε μεταβολή της ατομικής και οικογενειακής μου κατάστασης θα την δηλώσω άμεσα στον συνταξιοδοτικό μου φορέα (πχ στην Υπηρεσία Συντάξεων του ΓΛΚ).
2. την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου.

Δεν επιθυμώ

Επιθυμώ

την υγειονομική περίθαλψη του Δημοσίου αφού καλύπτομαι (για περίθαλψη) από τον

εξής υγειονομικό – ασφαλιστικό φορέα:

1. την πρόωρη καταβολή σύνταξης, μειωμένη κατά για κάθε μήνα που υπολείπεται από την σημερινή ηλικία μου μέχρι το αντίστοιχο όριο ηλικίας συνταξιοδότησης.

δεν επιθυμώ

Επιθυμώ

**\*** *Στην περίπτωση θανάτου στην υπηρεσία, την παρούσα υπεύθυνση δήλωση συμπλη- ρώνει το άτομο που καταθέτει τα δικαιολογητικά και, ενδεχομένως, ζητά την μετα- βίβαση 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