



**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(1):                             | ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ |  |       |                                    |  |       |  |     |  |
| Ο – Η Όνομα:                         |                                       |  |       | Επώνυμο:                           |  |       |  |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:            |                                       |  |       |                                    |  |       |  |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:           |                                       |  |       |                                    |  |       |  |     |  |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : |                                       |  |       |                                    |  |       |  |     |  |
| Τόπος Γέννησης:                      |                                       |  |       |                                    |  |       |  |     |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |                                       |  |       | Τηλ:                               |  |       |  |     |  |
| Τόπος Κατοικίας:                     |                                       |  | Οδός: |                                    |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):            |                                       |  |       | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |  |       |  |     |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω, ως νόμιμος εκπρόσωπος του Ιδρύματος / Θεραπευτηρίου κ/α ότι :

α) ο/η ..... διαμένει στο Ίδρυμα / Θεραπευτήριο / ΚΚΠΠ .....

β) σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος ωφελούμενου για τη συμμετοχή του στην Πράξη, θα προσκομίσω στον φορέα σας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση / αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος

(4)

Ημερομηνία:     /     /

Ο – Η Δηλ.

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) 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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.