

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**Προς: **Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ & Ι.Ε.** [αριθμός fax: 210.5215347 – 210.5229066]**Ατομικά στοιχεία ιατρού Ειδικού Σώματος**

Επώνυμο:

Όνομα :

Όνομα πατρός:

Ειδικότητα :

Α.Μ.ΤΣΑΥ :

Μονάδα ΕΟΠΥΥ που υπηρέτησε:.....

Μονάδα ΠΕΔΥ που υπηρετεί:.....

Ταχ.Δ/νση οικίας:

Αρμόδιο Υποκ/μα ΚΑ-ΕΤΑΜ:.....

Αρ.τηλ. Μονάδας ΠΕΔΥ:

Αρ.κινητού τηλεφώνου:.....

Αριθμός fax :

e-mail :

IBAN Τράπεζας :

Τράπεζα :

Επαγγελματική κατάσταση1. Ιατρός ΠΕΔΥ (πρώην ΕΟΠΥΥ) πλήρους & αποκλειστικής απασχόλησης 2. Ιατρός ΠΕΔΥ (πρώην ΕΟΠΥΥ) με προσωρινή διαταγή ασφ/κών μέτρων 3. Έμμισθη σχέση με άλλη δημόσια υπηρεσία

Τίτλος υπηρεσίας:.....

Είδος έμμισθης σχέσης:.....

Σημ.: Συμπληρώνεται αναλόγως με την ένδειξη ✓

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τον **μήνα** **201**.....
το σύνολο των ακαθάριστων μηνιαίων αποδοχών μου (τακτικών/πρόσθετων/έκτακτων κ.ά.)
από την υπηρεσία μου στο ΠΕΔΥ ή/και από άλλη δημόσια υπηρεσία ανέρχεται στο ποσό των
.....

(.....) ευρώ.
(αριθμητικά)

(ολογράφως)

Επίσης δηλώνω ότι για τον ίδιο μήνα διεκδικώ δικαστικά το ποσό των

..... (.....) ευρώ.

(ολογράφως)

(αριθμητικά)

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των σχετικών παραστατικών (μισθοδοσίας,
πρόσθετων αμοιβών, δικαστικών εγγράφων κ.λπ.) [φύλλα].

Ημερομηνία / / 201

Ο/Η δηλ......

(Υπογραφή Ιατρού)