

Να συμπληρωθεί από όλους τους μόνιμους υπαλλήλους που μισθοδοτούνται από τη Διεύθυνσή μας και να υποβληθεί μέχρι 10 Νοεμβρίου 2022.

Προς: Διεύθυνση Α/θμιας Εκπ/σης Ευρυτανίας
Οικονομικό Τμήμα
Προφήτης Ηλίας-κτίρια ΟΑΕΔ
Email: misthod@dipe.eyr.sch.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Για τον υπολογισμό της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.4354/2015-άρθρο 15 οικ. έτους 2023

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:

Επώνυμο:	Α.Μ. Υπουργείου:	
Όνομα:	Κλάδος:	
Όν. πατέρα:		
Όν. μητέρας:	Σχολείο οργανικής θέσης:	
Α.Φ.Μ.:	Σχολείο/Υπηρεσία υπηρετήσης:	
Δ.Ο.Υ.:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
Α.Δ.Τ.:	Οδός:	Σταθερό:
Α.Μ.Κ.Α.:	Αρ.:	Τ.Κ.:
Ημερομηνία γέννησης: / /	Πόλη:	Κινητό:
Τόπος γέννησης:	Εργασία:	
	email.:	

Ο/Η υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση τα παρακάτω στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καταβολή της οικογενειακής παροχής:

Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Άγαμος Έγγαμος Σε διάσταση Διαζευγμένος Χηρεία
Σε περίπτωση διάστασης-διαζεύξης, η γονική επιμέλεια των τέκνων έχει νόμιμα ανατεθεί (με δικαστική απόφαση) στον/στην

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο:	Όνομα:	Όν. πατέρα:
Επάγγελμα:	Σταθερό/Κινητό:	

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ (φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα)

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Σχολείο που φοιτά	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 – 24 ΕΤΩΝ			ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΗ/ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ >50%
				ΣΧΟΛΗ ΠΟΥ ΦΟΙΤΑ Αρ. Μητρ. Φοιτητή	ΜΗΝΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ 1 ^{ης} ΕΓΓΡΑΦΗΣ	ΕΤΗ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	
1ο							
2ο							
3ο							
4ο							
5ο							

➤ Να αναγραφούν μόνο τα τέκνα που είναι ανήλικα ή έως 24 ετών και δικαιούνται Οικ. Επίδομα λόγω σπουδών (ελάχιστα έτη φοίτησης) καθώς και όσα έχουν αναπηρία (σωματική ή πνευματική) σε ποσοστό τουλάχιστον 50% και άνω.

Η συγκεκριμένη Υπεύθυνη Δήλωση υποβάλλεται για να βεβαιώσει την οικογενειακή μου κατάσταση. Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλουμένων στοιχείων θα γνωστοποιηθεί άμεσα με νέα δήλωση στην Υπηρεσία μου.

Καρπενήσι,/...../2022	
Ο/Η Δηλών/ούσα	Υπογραφή/Όνοματεπώνυμο