**Προς:** Διεύθυνση Β/θμιας Εκπ/σης Ευρυτανίας

 Οικονομικό Τμήμα

 Προφήτης Ηλίας-κτίρια ΟΑΕΔ

 Φαξ: 22370-80245

 Email: mail@dide.eyr.sch.gr

**Να συμπληρωθεί από όλους τους**

**μόνιμους υπαλλήλους**

**που μισθοδοτούνται από τη Διεύθυνσή μας και να υποβληθεί μέχρι**

**12 Δεκεμβρίου 2019.**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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

**οικ. έτους 2020.**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Α.Μ. Υπουργείου: |  |
| Όνομα:  | Κλάδος:  |  |
| Όν. πατέρα: |  |
| Όν. μητέρας: | Σχολείο που έχω οργανική: |
| Δ.Ο.Υ.:  | Σχολείο/Υπηρεσία που υπηρετώ: |
| Α.Φ.Μ.:  | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** | **ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |
| Α.Δ.Τ.: | Οδός: | 🕿:  |
| Α.Μ.Κ.Α.: | Αρ.: Τ.Κ.  | 🖁: |
| Ημερομηνία γέννησης: / / | Πόλη: | 🕿: (ΕΡΓΑΣΙΑΣ) |
| Τόπος γέννησης: | **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-διάζευξης, η γονική επιμέλεια των τέκνων έχει νόμιμα ανατεθεί (με δικαστική απόφαση) στον/στην .............................................................................................................................................................................................................**

**Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Όνομα: | Όν. πατέρα:  |
| Επάγγελμα: |  | 🕿/🖁:  |

**Δ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | Σχολείο που φοιτά | **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 – 24 ΕΤΩΝ** | ΠΑΡΑΤHΡΗΣΕΙΣ -ΣΩΜΑΤΙΚΗ/ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ >50% |
| **ΣΧΟΛΗ ΠΟΥ ΦΟΙΤΑ****Αρ. Μητρ. Φοιτητή** | ΜΗΝΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ 1ηςΕΓΓΡΑΦΗΣ | 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, ........./......../2019Ο/Η Δηλών/ούσα  | Υπογραφή/Ονοματεπώνυμο |