



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## 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 <sup>(1)</sup> :                | ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ «ΑΓΙΑ ΕΙΡΗΝΗ» |  |                                     |       |     |
| Ο-Η ΟΝΟΜΑ                            |                                          |  | ΕΠΩΝΥΜΟ:                            |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:            |                                          |  |                                     |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:           |                                          |  |                                     |       |     |
| Ημερομηνία Γέννησης <sup>(2)</sup> : |                                          |  |                                     |       |     |
| Τόπος Γέννησης :                     |                                          |  |                                     |       |     |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |                                          |  | Τηλέφωνο:                           |       |     |
| Τόπος Κατοικίας:                     |                                          |  | Οδός:                               | Αριθ: | ΤΚ: |
| ΑΦΜ                                  |                                          |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |       |     |
| ΔΟΥ                                  |                                          |  |                                     |       |     |

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 ότι:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: α) τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή. Κατανοώ ότι η παροχή ανακριβών στοιχείων μπορεί να επιφέρει νομικές συνέπειες, σύμφωνα με την ισχύουσα ελληνική νομοθεσία, β) θα προσκομίσω το ασφαλιστικό βιβλιάριο ή άλλο δικαιολογητικό για απαλλαγή από την καταβολή δαπάνης, για διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γ) σε περίπτωση μη συμμόρφωσης τα οφειλόμενα ποσά θα βεβαιωθούν στο Δημόσιο Ταμείο της Περιφέρειάς μου και θα εισπραχθούν σύμφωνα με τις διατάξεις περί είσπραξης δημόσιων εσόδων.

Σε περίπτωση, που η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται εξ ονόματος ασθενή ΕΔΩ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΕΥΚΡΙΝΩΣ το ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ (και τυχόν άλλα στοιχεία ταυτότητας και επικοινωνίας):

Το παρόν έντυπο φυλάσσεται στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς και τηρείται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR – Κανονισμός ΕΕ 2016/679).

Ημερομηνία: 20

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Ο ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΤΕΠ | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
| Ο ΑΣΘΕΝΗΣ                   | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
| Ο ΣΥΝΟΔΟΣ                   | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ |