### 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(1): | **ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ Α.Π.Θ.** | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Α) Ασκώ επιχειρηματική δραστηριότητα, αμείβομαι με Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών και υπάγομαι στην παρ. 9 του άρθρου 39 του Ν.4387/2016. Είμαι εγγεγραμμένος στον:  Α1) ΕΦΚΑ (πρώην ΟΑΕΕ) ή  Α2) ΕΦΚΑ (πρώην ΤΣΑΥ\*) ή  Α3) ΕΦΚΑ (πρώην ΕΤΑΑ\*\*)  **Δηλώνετε *υποχρεωτικά 1 από τα παραπάνω***  \*Συμπληρώνεται **επιπρόσθετα** **μόνο** από υγειονομικούς **ΕΦΚΑ (πρώην ΤΣΑΥ)**  Α2α) επιθυμώ να ενταχθώ στην ασφαλιστική κατηγορία( 1 ή 2 ή 3), για την εισφορά εφάπαξ παροχών σύμφωνα με το ΦΕΚ 241/29-1-2025 και την υπ΄ αριθμόν Δ.15/Δ’/1984 διαπιστωτική πράξη του Υφυπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης  και γνωρίζω ότι το σύνολο των εισφορών του κλάδου πρόνοιας βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο:  1η €30,29/μήνα,    2η €36,12/μήνα,     3η €43,10/μήνα  \*\*Συμπληρώνεται **επιπρόσθετα** **μόνο** από μηχανικούς **ΕΦΚΑ (πρώην ΕΤΑΑ)**  Α3α) επιθυμώ να ενταχθώ στην ασφαλιστική κατηγορία( 1 ή 2 ή 3), για την εισφορά εφάπαξ παροχών σύμφωνα με το ΦΕΚ 241/29-1-2025 και την υπ΄ αριθμόν Δ.15/Δ’/1984 διαπιστωτική πράξη του Υφυπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και γνωρίζω ότι το σύνολο των εισφορών του κλάδου πρόνοιας βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο:  1η €30,29/μήνα, 2η €36,12/μήνα, 3η €43,10/μήνα  **και**  Α3β) επιθυμώ να ενταχθώ στην ασφαλιστική κατηγορία (1 ή 2 ή 3 ) για την επικουρική ασφάλιση σύμφωνα με το ΦΕΚ 241/29-1-2025 και την υπ΄ αριθμόν Δ.15/Δ’/1984 διαπιστωτική πράξη του Υφυπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και γνωρίζω ότι τα παρακάτω ποσά μηνιαίας ασφαλιστικής εισφοράς επιμερίζονται 50% στον εργοδότη και 50% στον ασφαλισμένο:  1η €45,43/μήνα 2η €54,76/μήνα 3η €65,25/μήνα  **Β\*)**Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 114 του ν. 5078/2023 ότι:  ( Β1) Λαμβάνω σύνταξη από τον e-ΕΦΚΑ ή έχω υποβάλλει αίτηση απονομής σύνταξης.  ( Β2) Δεν είμαι συνταξιούχος  **\*Δηλώνετε υποχρεωτικά το Β1 ή το Β2.**  **(Για την περιπτώσεις Β1 η δήλωση διακοπής στον ΕΦΚΑ θα πρέπει να γίνει μετά την αποπληρωμή της σύμβασης)** |
|  |

**Σε περίπτωση που στο μέλλον δεν συντρέχουν οι ανωτέρω προϋποθέσεις στο σύνολό τους θα σας ενημερώσω σχετικά**.

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(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.