

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 9 παρ. 4 Ν.1599/1986)

Προς:	Περιφερειακό Γραφείο Σπουδών & Φοιτητικής Μέρимνας Λήμνου.
Ο-Η (όνομα):	
Επώνυμο:	
Όνομα και επώνυμο πατέρα:	
Όνομα και επώνυμο μητέρας:	
Όνομα και επώνυμο συζύγου:	
Ημερομηνία γέννησης:	
Τόπος γέννησης:	
Πλήρη διεύθυνση κατοικίας (Οδός, Αριθμός, περιοχή, Τ.Κ., Δήμος, Νομός):	
Αριθμός δελτίου ταυτότητας:	
Ημερομηνία έκδοσης ταυτότητας:	
Αρχή Εκδόσεως Ταυτότητας	
A.M.K.A.	
Αριθμός Ακαδημαϊκής Ταυτότητας (βλ. πάσο):	
Αριθμός κινητού τηλεφώνου:	
Αριθμός σταθερού τηλεφώνου (μόνιμης κατοικίας):	
-Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του 1599/1986 ⁽³⁾ δηλώνω ότι:	
<i>Δεν είμαι ασφαλιζόμενος -η σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα και επιθυμώ την ιατροφαρμα -</i>	
<i>κευτική κάλυψη του Πανεπιστημίου Αιγαίου.</i>	
Ημερομηνία: / /	
Ο-Η δηλών-ούσα.	
(υπογραφή)	

