### 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): | ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| ΑΜ Τμήματος Νοσηλευτικής: |
| 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 τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Επιθυμώ την Αναστολή της φοίτησής μου από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών για τα ακόλουθα εξάμηνα…………………………………….……………… λόγω ……………………………Έχω Ακαδημαϊκή Ταυτότητα (επιλέξτε α ή β ): **α)** **ΝΑΙ** και την καταθέτω/αποστέλλω ταχυδρομικά στη Γραμματεία του Τμήματος (Δ/νση: Νικ. Γύζη 4, ΤΚ 26334, Κουκούλι, Πάτρα)  **β)** **ΟΧΙ** γιατί έχει χαθεί/κλαπείΔηλώνω υπεύθυνα ότι δεν έχω καμία εκκρεμότητα με την Σίτιση , τη Στέγαση και τη Βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών .  |

 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.