### 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): | **Δ.ΙΕΚ ΚΟΝΙΤΣΑΣ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 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: |

Δεν μπορώ να διδάξω δια ζώσης τα μαθήματα που θα πραγματοποιούνται στον χώρο του Δ.ΙΕΚ ΚΟΝΙΤΣΑΣ διότι ανήκω στην κατηγορία (επιλέξτε σε ποια περίπτωση ανήκετε):

1.1. Άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.  
  
1.2. Ασθενείς/άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών με:  
  
α) ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση, παρά τη μέγιστη αγωγή,  
  
β) αρρύθμιστο σακχαρώδη διαβήτη: HbA1c του τελευταίου 3μήνου: 8.0% ή Μ.Ο. τιμών γλυκόζης αίματος >200 mg/dL τις τελευταίες 7 ημέρες και ασθενείς με μικρο/ μακρο αγγειακές επιπλοκές,  
  
γ) χρόνια αναπνευστικά νοσήματα μέτριου προς σοβαρού βαθμού: ασθενείς με άσθμα με 2 παροξύνσεις κατά το τελευταίο έτος, παρά τη μέγιστη αγωγή (με β-διεγέρτη και εισπνεόμενο κορτικοειδές), ασθενείς με ΧΑΠ που βρίσκονται σε οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον ή παρουσίασαν παροξύνσεις κατά το τελευταίο έτος ή/και μία νοσηλεία σε νοσοκομείο, ασθενείς σε μόνιμη οξυγονοθεραπεία για άλλες αναπνευστικές παθήσεις,  
  
δ) χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα, εφ' όσον παρουσιάζουν: κλάσμα εξώθησης αριστερός κοιλίας:< 40%, ενεργό ισχαιμία του μυοκαρδίου, άνω του μετρίου βαθμού στένωση ή ανεπάρκεια μιτροειδούς ή αορτικής βαλβίδας, πνευμονική υπέρταση, ιστορικό πρόσφατης καρδιοχειρουργικής επέμβασης (προ τριμήνου), καθώς και οι μυοκαρδιοπάθειες,

ε) χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση,  
  
στ) χρόνια ηπατική ανεπάρκεια (κίρρωση).  
  
1.3. Άτομα με υψηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI>40).  
  
1.4. Άτομα όλων των ηλικιών, που παρουσιάζουν σοβαρή ανοσοκαταστολή (συγγενή ή επίκτητη) σύμφωνα με τη γνώμη του θεράποντος ιατρού - Μεταμοσχευμένοι που λαμβάνουν >2 ανοσοκατασταλτικά φάρμακα - HIV ασθενείς με CD4<200μL.  
  
1.5. Ασθενείς με διάγνωση νεοπλασίας κατά την τελευταία πενταετία ή που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία.  
  
1.6. Ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, δρεπανοκυτταρική αναιμία και πολυμεταγγιζόμενα άτομα.  
  
1.7. Γυναίκες που κυοφορούν.

Ημερομηνία: … /…/ 20…

Ο – Η Δηλών

(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.