### 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): | **1ο ΕΠΑΛ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ** | | | | | | | | | | | | | |
| 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 , που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι σύμφωνα με το άρθρο 24 παράγραφος 7 της Υ.Α10645/ΓΔ4 (ΦΕΚ 120/23-1-2018τ.Β) ότι ο κηδεμονευόμενος μου ……………………………………………………………………………………………………………

έχει συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας του, αριθμός ***Α.Μ.Κ.Α*** του/της παραπάνω μαθητού/μαθήτριας είναι :…………….. και του επιτρέπω να συμμετάσχει στην οργανωμένη εθελοντική αιμοδοσία του **1ο**υ **ΕΠΑΛ Σαλαμίνας** στις 30/11/2023 ημέρα Πέμπτη και ώρα 09:00 π.μ

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Σαλαμίνα … /…/ 2023

….. -…… -2023

Ο/Η Δηλών/Δηλούσα.

***Download from Diorismos.gr***

ΠΡΟΣΟΧΗ:Να θεωρηθεί για το γνήσιο της υπογραφής