### 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):** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **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:** |

* Διαθέτω άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ως ιδιώτης επαγγελματίας ψυχικής υγείας (ψυχολόγος ή ψυχίατρος) εν ισχύ.
* Όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στη δήλωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την παροχή εθελοντικής εργασίας για τη λειτουργία της γραμμής ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης είναι αληθή.
* Τα υποβαλλόμενα φωτοαντίγραφα αποτελούν γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων.
* Οι συνομιλίες θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.
* Δε θα ζητείται κανένα άλλο προσωπικό στοιχείο πέρα από εκείνα που είναι απαραίτητα για την κατάλληλη υποστήριξη του καλούντα όπως: Όνομα (χωρίς επώνυμο αν ο καλούντας δεν επιθυμεί να το δώσει), Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Εργασιακή κατάσταση.
* Ο χειρισμός των θεμάτων θα διέπεται από σεβασμό στην προσωπικότητα και στα δικαιώματα του καλούντα.
* Οι πληροφορίες που θα δίνω είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και έγκυρες σχετικά με το θέμα Ψυχικής Υγείας που φέρνει το άτομο.
* Όταν κρίνεται απαραίτητο, θα ενημερώνω για τις διαθέσιμες δημόσιες υπηρεσίες που βρίσκονται στην περιοχή διαμονής του ενδιαφερόμενου και θα τον παραπέμπω σ’ αυτές.
* Έλαβα γνώση των όρων της εν λόγω πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την παροχή εθελοντικής εργασίας και τους αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως.

**Ημερομηνία: ../../20...**

**Ο – Η Δηλών/ούσα**

**(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.