**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΥΠΕΡΩΡΙΩΝ**

Οι παρακάτω υπογράφοντες δηλώνουμε ότι, δεν έχουμε πληρωθεί για την ίδια αιτία από άλλη πηγή για το μήνα ……………... 20... και ότι το σύνολο των αποζημιώσεων μας για κάθε μήνα, δεν υπερβαίνει το ποσοστό 30% του1/8 των ετήσιων τακτικών αποδοχών μας.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΚΛΑΔΟΣ** | **ΒΑΘΜΟΣ** | **ΥΠΟΓΡΑΦΗ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ΠΑΤΡΑ / /