

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 9 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Προς : ⁽¹⁾ ΕΟΣ ΠΑΤΡΩΝ και ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΟΡΕΙΒΑΣΙΑΣ ΑΝΑΡΡΙΧΗΣΗΣ

Ο-Η (όνομα) : _____
Επώνυμο : _____
Όνομα και επώνυμο πατέρα : _____
Όνομα και επώνυμο μητέρας : _____
Όνομα και επώνυμο συζύγου : _____
Ημερομηνία γέννησης : _____ (2)
Τόπος γέννησης : _____
Τόπος κατοικίας : _____ Οδός : _____ Αριθ. : _____ Τ.Κ. : _____
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας : _____

- Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22

του Ν. 1599/1986⁽³⁾, δηλώνω ότι: 1) είμαι μέλος στον με αριθμό μητρώου: _____

2) επιθυμώ να συμμετάσχω στη Σχολή: _____ Επίπέδου: _____

3) Έλαβα γνώση για τους κινδύνους που υπάρχουν σε μία Σχολή

4) Ενημερώθηκα για τα ασφαλιστικά συμβόλαια έναντι θανάτου ή ατυχήματος που παρέχει ο Σύλλογος

5) Αποδέχομαι πλήρως τους όρους και τους κανονισμούς της Σχολής του ΕΟΣ Πάτρας

6) Έχω προσκομίσει στον ΕΟΣ Πάτρας γνήσιο Πιστοποιητικό Υγείας από Καρδιολόγο (6 μήνου)

7) Είμαι υποχρεωμένος να συμμορφώνομαι με τις οδηγίες των Εκπαιδευτών της Σχολής

Μετά το πέρας της Σχολής, θέλω να ενημερώνομαι στο email: _____

Το κινητό μου τηλέφωνο είναι: _____ Το σταθερό μου τηλέφωνο είναι: _____ (4)

Ο - Η δηλ _____

(Υπογραφή)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Από : _____

Προς : _____

Παρακαλούμε να εξακριβωθεί αν ο παρακάτω ενδιαφερόμενος _____

Ο-Η (όνομα) : _____
Επώνυμο : _____
Όνομα και επώνυμο πατέρα : _____
Όνομα και επώνυμο μητέρας : _____
Όνομα και επώνυμο συζύγου : _____
Ημερομηνία γέννησης : _____ (2)
Τόπος γέννησης : _____
Τόπος κατοικίας : _____ Οδός : _____ Αριθ. : _____ Τ.Κ. : _____
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας : _____

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ