

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο/η
με αρ. ταυτότητας έχοντας υπόψη της συνέπειες του άρθρου 8 (1) (α) των
Πέρι Επαγγελματικής Άδειας Οδηγού Νόμων 1989 έως 2009 που προνοούν ότι η Αρχή Αδειών
μπορεί να ανακαλέσει ή αναστείλει Επαγγελματική Άδεια Οδηγού αν η χορήγηση της έχει
εξασφαλιστεί κατόπιν δόλου, ψευδούς δήλωσης ή απόκρυψης ουσιώδους γεγονότος δηλώνω
υπεύθυνα ότι είμαι / δεν είμαι λήπτης* δημόσιου βοήθηματος για λόγους υγείας.

(Υπογραφή): Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο:

Πιστοποιώ τη γνωσιότητα της πιο πάνω υπογραφής

Όνοματεπώνυμο Πιστοποιούντος:

Υπογραφή Πιστοποιούντος:

Ημερομηνία:



* Σημ.: Διαγράφεται ότι δεν ισχύει.