



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⁾ :	ΕΛΚΕ ΔΙΠΑΕ						
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/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ασκώ επιχειρηματική δραστηριότητα, έχω μελετήσει την υπ' αριθ. πρωτ. Φ80000/οικ.2460/106 εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με θέμα "Οδηγίες για την εφαρμογή της διάταξης της παρ. 9 του άρ. 39 του ν. 4387/2016" και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Πληρώ τις προϋποθέσεις για την υπαγωγή μου στη διάταξη της παραγράφου 9 του άρθρου 39 του ν.4387/2016 διότι έχω έως δύο (2) εργοδότες. Επιθυμώ να υπάγομαι στη ρύθμιση της παρ.9 του άρθρου 39 του ν. 4387/2016 **από την**

Επίσης, δηλώνω ότι είμαι εγγεγραμμένος στον:

(συμπληρώνεται είτε η Α, είτε η Β κατηγορία)

Α) ΕΦΚΑ (πρώην ΟΑΕΕ)

και υπάγομαι στην ασφάλιση του ΤΕΚΑ (επικουρική ασφάλιση)

ή

Β) ΕΦΚΑ (πρώην ΕΤΑΑ* (πρώην ΤΣΜΕΔΕ, ΤΑΝ, ΤΣΑΥ)) [Μηχανικοί, Νομικοί, Υγειονομικοί]

B1) επιθυμώ να ενταχθώ στην ασφαλιστική κατηγορία , για την εισφορά **εφάπαξ παροχών (πρόνοιας)** σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και γνωρίζω ότι το σύνολο των εισφορών του κλάδου πρόνοιας βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο

και

B2) επιθυμώ να ενταχθώ στην ασφαλιστική κατηγορία , για την **επικουρική ασφάλιση** σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και γνωρίζω ότι τα ποσά μηνιαίας ασφαλιστικής εισφοράς επιμερίζονται 50% στον εργοδότη και 50% στον ασφαλισμένο

και επισυνάπτω σχετικό έγγραφο από τον ασφαλιστικό φορέα που αποδεικνύει τα παραπάνω.

Αν στη συνέχεια απωλέσω τις νόμιμες προϋποθέσεις υπαγωγής μου στην παραπάνω διάταξη του άρθρου 39 παρ. 9 του ν. 4387/2016 περί ασφάλισης σε έναν έως δύο εργοδότες, διότι έχω αποκτήσει και τρίτο (3^ο) εργοδότη, οφείλω να προβώ άμεσα στην γνωστοποίηση της μεταβολής προς τον ΕΦΚΑ με σχετική αίτηση-δήλωσή μου, **ενημερώνοντας παράλληλα τον**

ΕΛΚΕ/ΔΙΠΑΕ, σύμφωνα με το κεφ. 5 της εγκυκλίου υπ' αριθ. πρωτ. Φ80000/οικ.2460/106 εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με θέμα "Οδηγίες για την εφαρμογή της διάταξης της παρ. 9 του άρ. 39 του ν. 4387/2016".

Σε περίπτωση αλλαγής των ανωτέρω ποσοστών ή κατάργησης των εισφορών επικουρικής ασφάλισης οφείλω να ενημερώσω άμεσα τον ΕΛΚΕ/ΔΙΠΑΕ.

Ημερομηνία: .

Ο – Η Δηλ.

(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.