**Υπεύθυνη Δήλωση\***

δικαιούχου υποτροφίας (ή βραβείου)

**στο πλαίσιο του έργου με ΚΑ …………….. για σύμβαση από …………… έως …………**

Ονοματεπώνυμο: **……………………………………………..............…………..**

Όνομα πατρός: ............................................

Όνομα μητρός: .….......................................

Φύλο: Άνδρας [ ]  Γυναίκα [ ]

Ημ/νία γέννησης: ..………………………

Επίπεδο σπουδών (σημειώστε μία από τις επιλογές που ακολουθούν):

Απολυτήριο Λυκείου (Γενικού ή ΕΠΑΛ) / Πτυχίο Επαγγελματικής Σχολής [ ]

Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης ΙΕΚ [ ]  Πτυχίο ΤΕΙ [ ]

Πτυχίο Παν/μίου, Πολυτεχνείου, Ανοιχτού Παν/μίου [ ]  Μεταπτυχιακό [ ]  Διδακτορικό [ ]

Ιθαγένεια: ..........................................

Διεύθυνση: .................................................………..., Πόλη: ................................................, Τ.Κ.: ..….…....

Τηλέφωνο επικοινωνίας: ………...…….…………..…, Ηλ. ταχυδρομείο (e-mail): ………...…….………………..

Αρ. Αστυν. Ταυτ.: ............…............…….. ή Διαβατηρίου:............................……

Α.Φ.Μ.: ………..............................………, Δ.Ο.Υ. ………………….

A.M.K.A (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης):…………...…………………………

Α.Μ.Α. (Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου):…………...…………………………

Τραπεζικός λογαριασμός: ΙΒΑΝ: ........................................................................, Τράπεζα: ...............................

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος [ ]  Έγγαμος [ ]

Αριθμός Τέκνων: ………

Με την παρούσα παρέχω εντολή στον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης να πιστώνει τις απαιτήσεις της ως άνω σύμβασης, των οποίων είμαι δικαιούχος, στον ανωτέρω τραπεζικό λογαριασμό (**επισυνάπτω** εκτύπωση ή φωτοτυπία τραπεζικού εγγράφου με τα στοιχεία του λογαριασμού μου σε μορφή IBAN).

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις , που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: Έχω λάβει γνώση ότι είναι αναγκαία η γνωστοποίηση προσωπικών μου δεδομένων - όχι ευαίσθητων (όνομα, ΑΦΜ, ποσό αμοιβής/δαπάνης, περίληψη σύμβασης) στην ιστοσελίδα «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» του Εθνικού Τυπογραφείου, προκειμένου όλες οι πληρωμές που μου οφείλονται να πραγματοποιηθούν όπως ο νόμος ορίζει.

Ημερομηνία ....................................

**Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ**

…..…………………………….

(Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο)

**\***Προσοχή: Η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται χωριστά από κάθε αμειβόμενο που αναγράφεται στη λίστα.