

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.