**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): |  **5o ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΡΟΔΟΥ** |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| **Επώνυμο & Όνομα μαθητή/τριας** |  |

|  |
| --- |
| 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: |
| Ως κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας ……………………………………………………………….………………. επιτρέπω τη συμμετοχή του/της στην εκδρομή των μαθητών/τριών της Γ’ Γυμνασίου του 5ου Γυμνασίου στις Σέρρες στο πλαίσιο των περιβαλλοντικών προγραμμάτων με τίτλους: 1. Το περιβάλλον του τόπου μου, 2. Ο Κολοσσός συναντά τον Εγκέλαδο & 3. Το Λιλιπούτειο ψάρι της Ρόδου «Γκιζάνι» από **28/03/2024** έως και **01/04/2024**. Η **ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ** τιμή ανά μαθητή/τρια ανέρχεται περίπου σε **350-450 ευρώ** και επιπλέον **27,5 ευρώ** για την είσοδο στο Σπήλαιο της Αλιστράτης, τη Ξενάγηση στον αρχαιολογικό χώρος των Φιλίππων και τις Δραστηριότητες στη Λίμνη Κερκίνη. **Δηλώνω επιπρόσθετα:**1. Ο παραπάνω μαθητής/τρια θα ακολουθήσει απαρέγκλιτα το πρόγραμμα της εκδρομής έτσι ώστε να μην θέσει τον εαυτό του και τους συμμαθητές σε κίνδυνο.
2. Σε περίπτωση που ο παραπάνω μαθητής/τρια προξενήσει από υπαιτιότητα του φθορές σε ξένη περιουσία, ως κηδεμόνας του θα καλύψω το κόστος αποκατάστασης της ζημιάς.
3. Ο παραπάνω μαθητής/τρια πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση και πρέπει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή/και είναι αλλεργικός:

**ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ** **ΠΑΣΧΕΙ από** ……………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….…………  Φαρμακευτική αγωγή ………………….…………………………….……………..………………….. τηλ. Ιατρού ……………………………………………….**ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΟΣ** **ΑΛΛΕΡΓΙΚΟΣ σε** ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………….………… Φαρμακευτική αγωγή ………………….…………………………..………………………………….. τηλ. Ιατρού ………………………………………………. |

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ / 2024

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.