

## ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υποφαινόμεν \_\_\_\_\_

Αρ. ταυτότητας \_\_\_\_\_ Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων \_\_\_\_\_  
δηλώνω ότι:

- + (α) εξακολουθώ να είμαι ανίκανος/νη για εργασία και επισυνάπτω ιατρικό πιστοποιητικό
- + (β) ξανάρχισα/θα ξαναρχίσω/εργασία στις \_\_\_\_\_
- + (γ) Ο εργοδότης μου καταβάλλει το ποσό των \_\_\_\_\_ την ημέρα/εβδομάδα/μήνα για την περίοδο η οποία αναφέρεται στο ιατρικό πιστοποιητικό που σας επισυνάπτω
- + (δ) Ο εργοδότης μου δεν μου καταβάλλει οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ασθένειας μου

Απαιτώ επίδομα ασθένειας/σωματικής βλάβης για τη περίοδο από την τελευταία ημέρα που μου πληρώθηκε τέτοιο επίδομα μέχρι σήμερα/την ημέρα που ξανάρχισα εργασία.

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή

\*Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση