



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
 ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ
 ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
 ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ
 Δ/νση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Αγρινίου - Αντιρρίου
 Τηλ. 2641361561-551
 Email: diokitis@hospital-agrinio.gr

Αγρίνιο, 17/03/2026
 Αριθμ. Πρωτ. 3652

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΟΝΟ
ΓΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ
Γ.Ν.ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81/τ.Α'/4.4.05) όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3527/2007, (ΦΕΚ 25/τ.Α/9.2.07) και ισχύει σήμερα.
2. Τις διατάξεις της παρ. 1, του αρ. 41, του ν. 4058/2012 (Α'63), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Την με αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.: 33846/29.07.2025 (ΦΕΚ 987/ΥΟΔΔ/05.08.2025, ΑΔΑ:ΨΒΡΝ465ΦΥΟ-ΟΥΠ) απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Λήξη της θητείας του προσωρινού Διοικητή του Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ, ΣΕΡΑΣΚΕΡΗ ΜΙΧΑΗΛ και εκ νέου διορισμός».
4. Το υπ' αριθμ. πρωτ. 1848/10-02-2026 αίτημα του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας / Οργανική Μονάδα έδρας Αγρίνιο προς την 6^η Υ.ΠΕ.
5. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/8225/16-03-2026 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ- ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ».
6. Την με αριθμ. πρωτ. Β2α/οικ 10976/05-03-2026 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ. του Υ.Υ.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας/ Οργανική Μονάδα έδρας Αγρίνιο για την κάλυψη των εφημεριακών αναγκών και για την προσήκουσα λειτουργία του, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής, υπό καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του/της, για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών.

Καθήκοντα:

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της στο Χειρουργικό Τμήμα (κλινική και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) του νοσοκομείου συμμετέχοντας στο μηνιαίο πρόγραμμα εφημεριών, όπως αυτό εγκρίνεται από τα θεσμικά όργανα της Ιατρικής Υπηρεσίας, με αμοιβή που προσδιορίζεται με βάση τις αποδοχές του ιατρού ΕΣΥ με βαθμό Διευθυντή.

Οι υποψήφιοι πρέπει:

1. Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.

3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του ν.2683/1999.
Εξαίρεση: Δεν απαιτείται εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους πολίτες κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ενώσεως, για τους οποίους δεν προβλέπεται στη χώρα τους τέτοια υποχρέωση και έχουν πολιτογραφηθεί ως Έλληνες πολίτες.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Δικαιολογητικά

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα Ι).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα (Παράρτημα ΙΙ).
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις αριθμ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
8. Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας.
9. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
10. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
11. Φορολογική Ενημερότητα.
12. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
13. Εφόσον προσληφθούν να προσκομίσουν Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει εγγραφή στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίας.
14. Βιογραφικό σημείωμα.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς από **18 Μαρτίου 2026 ημέρα Τετάρτη και ώρα 08.00π.μ. μέχρι και 20 Μαρτίου 2026 ημέρα Παρασκευή και ώρα 15:00μ.μ.**, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στην Διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ, ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ, 3^ο χλμ ΕΟ Αγρινίου-Αντιρρίου, ΤΚ 30132 Αγρίνιο» με την ένδειξη

«ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ»

Για τις αιτήσεις που θα αποσταλούν ταχυδρομικώς η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.

Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας.

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας, ως πρώτος συμβαλλόμενος, διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στον πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας έξι (6) μηνών.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Αγρινίου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΣΕΡΑΣΚΕΡΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) 6^η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτ. Ελλάδας- Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα -email: protokollo@dypede.gr
- 2) Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο-Πλουτάρχου 3- ΤΚ.10675-ΑΘΗΝΑ - email: pisinfo@pis.gr
- 3) Ιατρικό Σύλλογο Αγρινίου – Ηλία Ηλιού 5, ΤΚ.30132 Αγρίνιο- email: info@isagrinio.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- Γραφείο Διοικητή-Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας- Πρόεδρο Ε.Σ.- Δ/ντή Χειρουργικού Τομέα Ιατρικής Υπηρεσίας- Δ/ντή Χειρουργικής Κλ.
- Δ/ντή-Υπ/ντή Δ/κού-Οικ/κού- Τμ.Διαχ.Ανθρ/νου Δυναμικού-Τμ. Οικονομικό
- Πίνακα Ανακοινώσεων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΙΤΗΣΗ - ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας Χειρουργικής μόνο για εφημερίες, χρονικής διάρκειας έξι (6) μηνών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για το Γενικό Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας -Οργανική Μονάδα έδρας Αγρίνιο

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Ημερομηνία γέννησης:

Ταχυδρομική Διεύθυνση:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ'αριθμ..... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρόταση μου γίνει δεκτή.

Επισυνάπτονται συνημμένα..... (φύλλα)

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

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⁾ :	Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ / ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟ						
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:	TK:
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:

Δεν έχω τα κωλύματα διορισμού- πρόσληψης / τηρούνται οι προϋποθέσεις διορισμού, των άρθρων 4 έως 10 του Ν.3528/2007 και του άρθρου 9 του Ν.4999/2022 όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν, ούτε κατά τον χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των ηλεκτρονικών αιτήσεων, ούτε κατά τον χρόνο διορισμού, ήτοι:

α) Δεν έχω καταδικασθεί για κακούργημα και για οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, απάτη με υπολογιστή, εκβίαση, πλαστογραφία, πλαστογραφία πιστοποιητικών, απιστία δικηγόρου, απιστία, δωροληψία, δωροδοκία, παράνομη βεβαίωση ή είσπραξη δικαιωμάτων του Δημοσίου, παράβαση καθήκοντος, ψευδή βεβαίωση, υπαρπαγή ψευδούς βεβαίωσης, υπεξαγωγή εγγράφων, οποιοδήποτε άλλο έγκλημα σχετικά με την υπηρεσία, οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και της οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, οποιοδήποτε έγκλημα του Τέταρτου και Πέμπτου Κεφαλαίου του Δεύτερου Βιβλίου του Ποινικού Κώδικα (ν.4619/2019,Α'95), περί εγκλημάτων κατά των πολιτικών και πολιτικών οργάνων, κατά του Προέδρου της Δημοκρατίας, της Βουλής, της Κυβέρνησης και οργάνων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, και περί προσβολών κατά της πολιτειακής εξουσίας, αντίστοιχα, οποιοδήποτε έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας, νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, εγκληματική οργάνωση, τρομοκρατικές πράξεις – τρομοκρατική οργάνωση, αξιόποινη υποστήριξη, παραβίαση της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, λαθρεμπορίας, όπλων, πυρομαχικών και τυχερών παιχνιδιών, τουλάχιστον δύο (2) φορές για συκοφαντική δυσφήμιση ή τουλάχιστον δύο (2) φορές για ψευδή καταμήνυση.

β) Δεν έχω παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα ή με απευθείας κλήση για κακούργημα ή με τελεσίδικο βούλευμα για πλημμέλημα της περ. α' έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί.

γ) Δεν μου έχει επιβληθεί η παρεπόμενη ποινή της αποστέρησης δημόσιας θέσης ή δημόσιου ή αυτοδιοικητικού αξιώματος, που κατέχω, και δεν έχω στερηθεί τα πολιτικά μου δικαιώματα, ή ότι έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση αυτή.

δ) Δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική και υπό τις δύο αυτές καταστάσεις).

ε) Δεν έχει ανακληθεί διορισμός μου, εφόσον προκλήθηκε με δόλο ή παρανομία από εμένα, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 20 ή άλλη αντίστοιχη διάταξη, ή έχει παρέλθει δεκαετία από την ανάκληση.

στ) Δεν έχω απολυθεί από το δημόσιο λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητά μου, ή έχει παρέλθει δεκαετία από την απόλυσή μου. (Το παρόν ισχύει και στην περίπτωση που απωλέσθηκε η υπαλληλική μου ιδιότητα και ακολούθως μου επιβλήθηκε αμετάκλητα η πειθαρχική ποινή της οριστικής παύσης λόγω συνέχισης της πειθαρχικής διαδικασίας μετά τη λύση της υπαλληλικής μου σχέσης).

ζ) Δεν έχω καταδικαστεί ή παραπεμφθεί όχι μόνο για τετελεσμένα εγκλήματα αλλά και για την απόπειρα τέλεσής τους, καθώς όχι μόνο για την φυσική αυτοουργία αλλά και για κάθε μορφή συμμετοχής στην τέλεση εγκλημάτων (συναυτουργία, ηθική αυτοουργία, συνέργεια), με τους όρους του Π.Κ. (ν.4619/2019).

η) Έχω την ελληνική ιθαγένεια: i) από γεννήσεως ή ii) με πολιτογράφηση (και αν ναι, ότι έχει παρέλθει ένας χρόνος από την απόκτησή της) ή iii) ότι είστε πολίτης Κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

θ) Δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου οι απαγορεύσεις του άρθρου 32 του Ν. 3528/2007.

Ημερομηνία:/...../20....

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.