



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – 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)

Περιγραφή αιτήματος : « Αναγνώριση Στρατιωτικής Υπηρεσίας».

Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο

Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ.:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
A. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο - συνταξιούχο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α΄			
A1. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο -			
1. Ασφαλιστικό βιβλιário (ΔΑΤΕ ή Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και β) το προσκομιζόμενο ασφαλιστικό βιβλιário περιέχει τον τελευταίο μήνα εργασίας του γ) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής Υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) δ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με δόσεις ισάριθμες των αναγνωριζόμενων μηνών.	<input type="checkbox"/>		
A2. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο			
1. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και ούτε θα την αναγνωρίσει β) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) γ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με μηνιαία παρακράτηση του 1/3 της σύνταξης του	<input type="checkbox"/>		
2. Συνταξιοδοτική Απόφαση ή άλλο στοιχείο , από το οποίο να προκύπτει η κλάση με την οποία συνταξιοδοτείται	<input type="checkbox"/>		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
- 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
- 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Αναγνώριση Στρατιωτικής Υπηρεσίας		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
A. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο - συνταξιούχο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α'			
A1. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο -			
1. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο (ΔΑΤΕ ή Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και β) το προσκομιζόμενο ασφαλιστικό βιβλιάριο περιέχει τον τελευταίο μήνα εργασίας του γ) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής Υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) δ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με δόσεις ισάριθμες των αναγνωριζόμενων μηνών.	<input type="checkbox"/>		
A2. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο			
1. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και ούτε θα την αναγνωρίσει β) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) γ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με μηνιαία παρακράτηση του 1/3 της σύνταξης του	<input type="checkbox"/>		
2. Συνταξιοδοτική Απόφαση ή άλλο στοιχείο , από το οποίο να προκύπτει η κλάση με την οποία συνταξιοδοτείται	<input type="checkbox"/>		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)