|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **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):  | **ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΧΙΟΥ**  |  |  |  |  |
| 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:  |   | ΤΚ:  |   |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):  |   |  |  | Δ/νση ΗΤαχυδρ(Εmail):  | λεκτρ. ομείου  |   |  |

 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: 1. **«Δεν έχει κατατεθεί σε βάρος μου αίτηση για πτώχευση και αναγκαστική διαχείριση.**

**Δεν έχω πτωχεύσει ούτε έχω τεθεί σε αναγκαστική διαχείριση»** **(Η επωνυμία της εταιρείας συμπληρώνεται σε περίπτωση που δηλώνεται μη πτώχευση νομικού προσώπου).** **Επωνυμία εταιρείας:………………………………………………………………………………………………………………** **«Επίσης, σε περίπτωση πτώχευσης έχω αποκατασταθεί.»** 1. **«Δεν έχω υποβληθεί σε στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση.»**

**«Επίσης, δεν είμαι ασφαλιστικός πράκτορας, συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων, ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που ασκεί ως δευτερεύουσα δραστηριότητα την ασφαλιστική διαμεσολάβηση δημόσιος, δημοτικός, κοινοτικός υπάλληλος, υπάλληλος ΝΠΔΔ, ασφαλιστικός υπάλληλος, ή Γενικός Διευθυντής ή** **Διευθυντής ή εκπρόσωπος ασφαλιστικής ή αντασφαλιστικής επιχείρησης.»** 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.
 |

(ΜΕΣΙΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ)