



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο υπογεγραμμένος εργοδότης οδός
..... αρ έχοντας γνώση των συνεπειών του νόμου "περί ψευδούς
δήλωσης" δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η ασφαλισμένος/η
..... με ΑΜ διέκοψε την απασχόληση του/της στην
επιχείρηση στις και δεν θα του/της επιτρέψω να εργασθεί κατά
την διάρκεια της ασθένειας του.

Ο Εργοδότης

(σφραγίδα – υπογραφή)