

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....
(Όνοματεπώνυμο) του (Πατρώνυμο) και της
(Μητρώνυμο), με ΑΔΤ..... και ημερομηνία γέννησης/...../.....
δηλώνω ότι «είμαι ασφαλισμένος του Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ. και σας εσωκλείω το ψηφοδέλιό μου, με το οποίο ασκώ το εκλογικό μου δικαίωμα για την ανάδειξη αιρετών μελών οργάνων του Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ. κατά τις εκλογές 3-4-5 Μαΐου 2023».

Ο Δηλών /Η Δηλούσα