**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ο/η ………………………………………………………………………………………………………………………. (οδός:…………………………………………., αριθμός:…………, Τ.Κ…………, πόλη/χωριό………………………………………….) γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση, δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η ασφαλισμένος/νη…………………………………………………………………………. με Α.Μ.Α. …………………………………. απασχολείται στην επιχείρησή μου ……………………………………. από ………………………….. έως ………………………… (σε περίπτωση σύμβασης ορισμένου χρόνου και συνεχίζει να εργάζεται, με την ειδικότητα ……………………………………………………………………………..

 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

 ………./………/ 2021

 (υπογραφή & σφραγίδα)

**Σημείωση:** εάν ο εργοδότης δεν έχει σφραγίδα, πρέπει να θεωρηθεί το γνήσιο της υπογραφής του από οποιαδήποτε διοικητική αρχή, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 11 του Ν.2690/99.