

# 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.