### 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): | **Τη Διευθύντρια του Π.Μ.Σ. «Κοινωνική Ψυχιατρική» του Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:   1. **Θα συμμετάσχω στις εξετάσεις Σεπτεμβρίου 2021, των πιο κάτω μαθημάτων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνική Ψυχιατρική» του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης (συμπληρώστε με x το κουτάκι αριστερά από τα μαθήματα που θέλετε να εξεταστείτε):**  |  |  | | --- | --- | |  | **Μαθήματα:** | |  | * **Κλινική Ψυχιατρική Ι** | |  | * **Ερευνητικός σχεδιασμός ΙΙ - Στατιστική** | |  | * **Ψυχιατρική Επιδημιολογία ΙΙ** | |  | * **Δικαστική Ψυχιατρική** | |  | * **Κοινοτική Παιδοψυχιατρική ΙΙ** | |  | * **Ψυχατρικές Θεραπείες** | |  | * **Ψυχιατρική Δεοντολογία** |  1. Έλαβα γνώση για τον τεχνικό εξοπλισμό (μικρόφωνο, κάμερα, επεξεργαστής κειμένου, σύνδεση στο διαδίκτυο, πλατφόρμα επικοινωνίας), τις ενέργειες που απαιτούνται για την ταυτοποίησή μου κατά τη συμμετοχή μου στην εξ αποστάσεως αξιολόγηση, τον Κώδικα Δεοντολογίας και Καλών Πρακτικών του Ιδρύματος. Έχω την πρόθεσή να συμμετέχω στην εξέταση κάνοντας αποκλειστική χρήση του ιδρυματικού μου λογαριασμού και του απαραίτητου εξοπλισμού κατά τη διάρκεια της εξέτασής μου και δέχομαι:  * Την πολιτική του ΔΠΘ για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, * Τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΔΠΘ και τον Κανονισμό του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών /ΠΜΣ του Τμήματός μου, * Τον έλεγχο λογοκλοπής σε όποιο γραπτό κείμενο (εργασία, γραπτό κ.λπ.) παραδώσω στο πλαίσιο της αξιολόγησης, * Το πλαίσιο εξέτασης, όπως εξειδικεύεται-περιγράφεται από τον διδάσκοντα, στη σχετική ανακοίνωση για κάθε μάθημα, * Ότι οι εργασίες/γραπτά που παραδίδω στο πλαίσιο της εξ αποστάσεως εξέτασής μου ή παραθέτω κατά την προφορική εξέταση είναι προϊόν του δικού μου αποκλειστικά πνευματικού μόχθου αναφέροντας με σαφήνεια οποιαδήποτε βοήθεια έλαβα από άλλο πρόσωπο, οργανισμό, σύστημα / ή και τις πηγές που χρησιμοποίησα στη συγγραφή της εργασίας ή του γραπτού το οποίο κατέθεσα. |

Ημερομηνία: / /2021

Ο – Η Δηλών

(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.