

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:					Όνοματεπώνυμο πατέρα:					
Όνομα:					Όνοματεπώνυμο μητέρας					
Κλάδος:					Ειδικότητα (ολογράφως):					
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:					Σχολείο τοποθέτησης:					
Α.Δ.Τ.:					Υπηκοότητα:					
Δ.Ο.Υ.:					Ημ/νία Γέννησης: / /					
Α.Φ.Μ.					Α.Μ.Κ.Α.					
Κινητό:					Σταθερό:					
Δνση Ηλ.Ταχ. (email):										
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):										
Πόλη:					Τ.Κ. :					
Δήμος:					Περιφερειακή Ενότητα (νομός):					
Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ.										
(Κυκλώστε το σωστό)										
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)								
		1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο ΠΑΙΔΙ				
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του:										
Α.Μ. ΕΦΚΑ					Α.Μ.Κ.Α					
IBAN: GR 										
Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:								ΝΑΙ/ΟΧΙ		Υπηρεσία ΟΑΕΔ
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας:										
Ασκώ κατ' επάγγελμα εμπορία:										
Μετέχω σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρία, ΕΠΕ, κοινοπραξία, κλπ:										
<p>➤ Για τη λήψη οικογενειακού επιδόματος προσκομίζεται <u>Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης</u>.</p> <p>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>.</p> <p>Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</p>										
ΤΑΜΕΙΟ	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (Ναι/Όχι)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)					
ΤΕΑΧ										
ΝΟΜΙΚΩΝ										
ΤΣΜΕΔΕ										
ΤΣΑΥ										
ΑΛΛΟ										

..... /...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών