

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:	Ονοματεπώνυμο πατέρα:				
Όνομα:	Ονοματεπώνυμο μητέρας				
Κλάδος:	Ειδικότητα (ολογράφως):				
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:	Σχολείο τοποθέτησης:				
Α.Δ.Τ.:	Υπηκοότητα:				
Δ.Ο.Υ.:	Ημ/νία Γέννησης (πλήρης): /				
Α.Φ.Μ.					
Κινητό:	Σταθερό:				
Δνση Ηλτα (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° ΠΑΙΔΙ 2° ΠΑΙΔΙ 3° ΠΑΙΔΙ 4° ΠΑΙΔΙ 5° ΠΑΙΔΙ				
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιário του:					
Α.Μ. ΕΦΚΑ	Α.Μ.Κ.Α				
IBAN: GR					
Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:					
ΝΑΙ/ΟΧΙ	Υπηρεσία ΟΑΕΔ				
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας					
Είμαι συνταξιούχος					
<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>					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

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

Η δηλούσα / Ο δηλών