

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 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																			
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