

1<sup>η</sup> Πράξη: «Πρόγραμμα μέτρων εξατομικευμένης υποστήριξης μαθητών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069633

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: 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 (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		<b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ</b> (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)									
.....		1 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ		2 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ		3 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ		4 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ		5 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ	
<b>Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: .....</b>											
Α.Μ. ΕΦΚΑ					Α.Μ.Κ.Α						
IBAN:		GR									
<b>Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:</b>							ΝΑΙ/ΟΧΙ		Υπηρεσία ΟΑΕΔ		
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας											
Είμαι συνταξιούχος											
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>.</li> <li>➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</li> </ul>											
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 <sup>ου</sup> έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)						
ΤΕΑΧ											
ΝΟΜΙΚΩΝ											
ΤΣΜΕΔΕ											
ΤΣΑΥ											
ΑΛΛΟ											

...../...../.....  
 Η δηλούσα / Ο δηλός

