

**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):                     /                     /															
<b>Α.Φ.Μ.</b>																	
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 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ			2 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ			3 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ			4 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ			5 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ			
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: .....																	
<b>Α.Μ. ΕΦΚΑ</b>						<b>Α.Μ.Κ.Α</b>											
<b>IBAN:</b>	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																	
ΆΛΛΟ																	

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

Η δηλούσα / Ο δηλών

