

8<sup>η</sup> Πράξη: «Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη (2018 – 2019, 2019 – 2020 και 2020 – 2021)» με κωδικό ΟΠΣ 5031825, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα»

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

Επώνυμο:	Ονοματεπώνυμο πατέρα:				
Όνομα:	Ονοματεπώνυμο μητέρας				
Κλάδος:	Ειδικότητα (ολογράφως):				
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:	Σχολείο τοποθέτησης:				
A.Δ.Τ.:	Υπηκοότητα:				
Δ.Ο.Υ.:	Ημ/νία Γέννησης (πλήρης):      /      /				
<b>A.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 .....	<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>					
<b>A.M. ΕΦΚΑ</b>					<b>A.M.K.A</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					
ΑΛΛΟ					

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

Η δηλούσα / Ο δηλών