

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 ^ο ΠΑΙΔΙ					2 ^ο ΠΑΙΔΙ					3 ^ο ΠΑΙΔΙ					4 ^ο ΠΑΙΔΙ					5 ^ο 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																													
➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u> . ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:																													
ΤΑΜΕΙΟ		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