

1^η 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		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							
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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: 							
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							
ΆΛΛΟ							

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

Η δηλούσα / Ο δηλών