

2^η Πράξη: «Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: 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 | | | | | |
| <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: | | | | | |
| 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 | | | | | |
| ΆΛΛΟ | | | | | |

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

Η δηλούσα / Ο δηλών

