

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° ΠΑΙΔΙ	2° ΠΑΙΔΙ	3° ΠΑΙΔΙ	4° ΠΑΙΔΙ	
				5° ΠΑΙΔΙ	
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κός, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του:					
Α.Μ. ΕΦΚΑ			Α.Μ.Κ.Α		
IBAN:	GR				
Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ :			ΝΑΙ/ΟΧΙ	Υπηρεσία ΔΥΠΑ	
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					
ΑΛΛΟ					

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

Η δηλούσα / Ο δηλών

(υπογραφή)