|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ** | | | | | | | | | | |
| 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 τηλέφωνο: | | | | | | | | | | Σταθερό τηλέφωνο: |
| Δ/νση ηλ. ταχ. (email): | | | | | | | | | | |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός και αριθμός): | | | | | | | | | | |
| Πόλη: | | | | | | | | | | Τ.Κ.: |
| Δήμος: | | | | | | | | | | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Οικ. Κατάσταση: | Έγγαμος/η | | Άγαμος/η | | Διαζευγμένος/η | | | Σε χηρεία | |
| Αριθμός παιδιών:  …………….. | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (πλήρης ημερομηνία, σε μορφή ηη/μμ/εεεε) | | | | | | | | |
| 1ο ΠΑΙΔΙ | 2ο ΠΑΙΔΙ | | 3ο ΠΑΙΔΙ | | 4ο ΠΑΙΔΙ | 5ο ΠΑΙΔΙ | | 6ο ΠΑΙΔΙ |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| Αριθμός παιδιών που έχει ασφαλίσει ο/η αναπληρωτής για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο βιβλιάριο: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 βεβαίωση φοίτησης. * 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 35ου έτους ηλικίας  (για το ΤΣΜΕΔΕ) | |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  | |  | |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  | |  | |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  | |  | |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  | |  | |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  | |  | |

…../……/202…

Η δηλούσα / O δηλών