|  |
| --- |
| **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