

Πράξη «Υποστήριξη σχολικών Μονάδων Α/θμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης από Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς» με κωδικό ΟΠΣ 5070727 για το διδακτικό έτος 2020-2021.

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

|  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
|--|-----|--|--|-------------------------|--|----------------------|--|--|---------|
| Επώνυμο:   |     |  |  |                         | Όνοματεπώνυμο πατέρα:                                      |                      |  |  |         |
| Όνομα:   |     |  |  |                         | Όνοματεπώνυμο μητέρας                                      |                      |  |  |         |
| Κλάδος:  |     |  |  |                         | Ειδικότητα (ολογράφως):                                    |                      |  |  |         |
| <b>Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:</b>  |     |  |  |                         | <b>Σχολείο τοποθέτησης:</b>                                |                      |  |  |         |
| Α.Δ.Τ.:  |     |  |  |                         | Υπηκοότητα:  |                      |  |  |         |
| Δ.Ο.Υ.:  |     |  |  |                         | Ημ/νία Γέννησης:        /        /                         |                      |  |  |         |
| <b>Α.Φ.Μ.</b>  |     |  |  |                         | <b>Α.Μ.Κ.Α.</b>  |                      |  |  |         |
| Κινητό:  |     |  |  |                         | Σταθερό:   |                      |  |  |         |
| Δνση Ηλ/τα (email):  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Πόλη:  |     |  |  |                         | Τ.Κ. :   |                      |  |  |         |
| Δήμος:   |     |  |  |                         | Περιφερειακή Ενότητα (νομός):                              |                      |  |  |         |
| Οικ. Κατάσταση:        Εγγ.                    Αγαμ.                    Διαζ.                    Χηρ.  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Κυκλώστε το σωστό  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Αριθμός παιδιών<br>.....   |     | <b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ</b> (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε) |  |                         |  |                      |  |  |         |
|  |     | 1 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ   | 2 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ                             | 3 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ    | 4 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ                                       | 5 <sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙ |  |  |         |
| <b>Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: .....</b>   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| <b>Α.Μ. ΕΦΚΑ</b>   |     |  |  |                         | <b>Α.Μ.Κ.Α</b>   |                      |  |  |         |
| <b>IBAN:</b> GR  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| <b>Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:</b>   |     |  |  |                         |  |                      |  |  | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας:   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Ασκώ κατ' επάγγελμα εμπορία:   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| Μετέχω σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρία, ΕΠΕ, κοινοπραξία, κλπ:   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Για τη λήψη οικογενειακού επιδόματος προσκομίζεται <u>Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης</u> .</li> <li>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>.</li> </ul> <p>Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</p> |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| TAMEIO   | ΝΑΙ | Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου                                 | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετία ( Ναι / Όχι ) | Συμπλήρωση 35 <sup>ου</sup> έτους ηλικίας ( για το ΤΣΜΕΔΕ) |                      |  |  |         |
| ΤΕΑΧ   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| ΝΟΜΙΚΩΝ  |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| ΤΣΜΕΔΕ   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| ΤΣΑΥ   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |
| ΑΛΛΟ   |     |  |  |                         |  |                      |  |  |         |

...../...../.....  
Η δηλούσα / Ο δηλών