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)				
	1ο ΠΑΙΔΙ	2ο ΠΑΙΔΙ	3ο ΠΑΙΔΙ	4ο ΠΑΙΔΙ	5ο 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		

- 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/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

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

Η δηλούσα / Ο δηλών

Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Τομέα Παιδείας
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΕΣΠΑ 2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη