**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:**  | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |
| **Όνομα:** | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** |
| **Κλάδος:** | **Ειδικότητα (ολογράφως):** |
| **Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:**  | **Σχολείο τοποθέτησης:**  |
| **Α.Δ.Τ.: /ΗΜ. ΕΚΔ:** | **Υπηκοότητα:** |
| **Δ.Ο.Υ.:** | **Ημ/νία Γέννησης (πλήρης): / /** |
| **Α.Φ.Μ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Κινητό:** | **Σταθερό:** |
| **Δνση Ηλ.ταx (email):** |
| **Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):** |
| **Πόλη:** | **Τ.Κ. :** |
| **Δήμος:** | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** |
| **Οικ. Κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Σε χηρεία*(Κυκλώστε το σωστό)*** |
| **Αριθμός παιδιών****……….** | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)**  |
| **1ο ΠΑΙΔΙ** | **2 ο 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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Ονομασία Τραπεζικού ιδρύματος:**  |  |  |
|  **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | **ΝΑΙ/ΟΧΙ** | **ΔΥΠΑ** |
| **Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας** **Λαμβάνω επίδομα από τον ΟΑΕΔ/ΔΥΠΑ( περιοχή)**  |  |  |
| **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** |  |  |  |  |  |

**………/……/........**

**Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ**

***Επισημαίνεται ότι, η σωστή & καθαρογραμμένη συμπλήρωση του Δελτίου Απογραφής είναι υποχρέωση του Αναπληρωτή. Ο εκάστοτε παραλήπτης των δικαιολογητικών πρόσληψης έχει την ευθύνη ελέγχου της ορθότητας των κατατεθειμένων δικαιολογητικών και την απόρριψη όσων είναι πλημμελώς ή μη ευκρινώς συμπληρωμένα.***