**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.***