

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: 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)																			
.....		1° ΠΑΙΔΙ				2 ° ΠΑΙΔΙ				3° ΠΑΙΔΙ				4° ΠΑΙΔΙ				5° ΠΑΙΔΙ			
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάρειο 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/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)				Συμπλήρωση 35 <sup>ου</sup> έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)					
ΤΕΑΧ																					
ΝΟΜΙΚΩΝ																					
ΤΣΜΕΔΕ																					
ΤΣΑΥ																					
ΑΛΛΟ																					

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

Η δηλούσα / Ο δηλών