

**ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

Επώνυμο:	Όνοματεπώνυμο πατέρα:
Όνομα:	Όνοματεπώνυμο μητέρας
Κλάδος:	Ειδικότητα (ολογράφως):
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:	Σχολείο τοποθέτησης:
Α.Δ.Τ.:	Υπηκοότητα:
Δ.Ο.Υ.:	Ημ/νία Γέννησης (πλήρης):     /     /
<b>A.Φ.Μ.</b>	
Κινητό:	Σταθερό:
ΔνσηΗλτα (email):	
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):	
Πόλη:	Τ.Κ. :
Δήμος:	Περιφερειακή Ενότητα (νομός):
Οικ. Κατάσταση:	Εγγ.                    Αγαμ.                    Διαζ.                    Χηρ.
Κυκλώστε το σωστό	

Αριθμός παιδιών .....	<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

Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: .....

<b>A.M. ΕΦΚΑ</b>		<b>A.M.K.A</b>	
<b>IBAN:</b>	GR		

<b>Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:</b>	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**