**3η Πράξη: «Ένταξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ΕΚΟ) στα σχολεία-Τάξεις Υποδοχής, σχολικό έτος 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069864**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** | | | | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** | | | | |
| **Όνομα:** | | | | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** | | | | |
| **Α.Φ.Μ**: | | | | **Ημ/νία Γέννησης** (πλήρης): **/ /** | | | | |
| **Α.Δ.Τ.:** | | | | **Α.Μ.Κ.Α** | | | | |
| **Φύλο: Άνδρας Γυναίκα** | | | | **Σχολείο/α** | | | | |
| **Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):** | | | | | | | | |
| **Πόλη:** | | | **Τ.Κ. :** | | | | | |
| **Δήμος:** | | | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** | | | | | |
| **Κινητό:** | | | **Σταθερό:** | | | | | |
| **Ηλεκτρονική Δνση (email):** | | | | | | | | |
| **Οικ. Κατάσταση**: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. **Κλάδος**  **Ειδικότητα**  (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/ΙΚΑ** | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **IBAN:**  **Εθνικής** | GR |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | | | | | ΝΑΙ/ΟΧΙ | | Υποκατάστημα ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας | | | | |  | |  |
| Είμαι συνταξιούχος | | | | |  | | Άλλο: |
| * 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 |  |  |  |  | |  | |

**/ / 2020**

***ΩΡΕΣ την Εβδομάδα* Ημερομηνία Πρόσληψης**

**Ημερομηνία Απόλυσης**

**30 / 06 / 2021**

|  |  |
| --- | --- |
|  | …../……/……..  Η δηλούσα / O δηλών |