**ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ-Ωρομισθίου στα Έργα ΕΣΠΑ-Π.Δ.Ε**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | | | | | | | | | | | | | **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ:** | | | | | | | | | | | | | **Ονοματεπώνυμο μητέρας** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Φ.Μ**: |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | **Ημ/νία Γέννησης** (πλήρης): **/ /** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Δ.Τ.:** | | | | | | | | | | | | | **Α.Μ.Κ.Α** |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Φύλο: Άνδρας Γυναίκα ΣΧΟΛΕΙΟ/α:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Δ/νση κατoικίας (οδός-αριθμός):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Πόλη:** | | | | | | | | | | | **Τ.Κ. :** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Δήμος:** | | | | | | | | | | | **Περιφερειακή Ενότητα (νομός):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Κινητό:** | | | | | | | | | | | **Σταθερό:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ηλεκτρονική Δνση (email):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Οικ. Κατάσταση**: Εγγ. Αγαμ Διαζ.Χηρ. **Κλάδος**  **Ειδικότητα Δ.Ο.Υ**   (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** | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά) | | | | | | | | | | Νέος ασφαλισμένος ΝΑΙ/ΟΧΙ | | | |
| **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. ΝΑΙ** **ΟΧΙ** * 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) | |
| π.χ ΤΣΜΕΔΕ/ΤΣΑΥ/ |  |  |  |  | |  | |

**/ / 202….**

***ΩΡΕΣ την Εβδομάδα* Ημερομηνία Aνάληψης Υπηρεσίας στο Σχολείο**

**/ / 2022**

**Ημερομηνία Απόλυσης**

**Για την Υπηρεσία**

|  |
| --- |
| ΕΡΓΑΝΗ Απογραφή Σύμβαση  Προσωπικά Μ.Κ( ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ ) Οικ.Επίδομα  Ε.Π.Π από ΙΚΑ (ΑΚΩ ΑΜΩ) ΟΑΕΔ  Περ. Σύμβασης Διαύγεια Συσχέτιση Σχ.Μονάδων: |

**-ΠΡΟΣΟΧΗ-**

**Με την ανάληψη υπηρεσίας στην Σχολική Μονάδα, συμπληρώνετε το ανωτέρω Δελτίο Απογραφής Αναπληρωτή και ΑΜΕΣΑ το προωθείτε στο** [**michan@dide.koz.sch.gr**](mailto:michan@dide.koz.sch.gr)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Κοζάνη ……/……/202… |
|  |  |
|  | Η δηλούσα / O δηλών |