**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. ΜητρώουΚλαδικού 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 ΣύμβασηΠροσωπικά 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**

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