**Έργο: «ΠΛΗΡΩΜΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΩΝ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΕΠ-ΕΒΠ) ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ (COVID-19)», Σχολικό Έτος 2020-2021.**

|  |
| --- |
| **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 ηλ. ταχ (email): |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |
| Πόλη: | Τ.Κ. : |
| Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (Νομός): |
| Οικ. Κατάσταση: Έγγαμος/η [ ]  Άγαμος/η [ ]  Διαζευγμένος/η [ ]  Σε χηρεία [ ] (Επιλέξτε 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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Α.Μ.Κ.Α** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | Υπηρεσία ΟΑΕΔ (πχ ΦΛΩΡΙΝΑΣ)  |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας **(προσοχή στο διπλανό κελί)** | ΝΑΙ [ ]  ΟΧΙ [ ]  |  |
| Είμαι συνταξιούχος | ΝΑΙ [ ]  ΟΧΙ [ ]  |  |
| * 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. ΜητρώουΚλαδικού 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 |  |  |  |  |  |
|  | ……/……/2020Ο/Η δηλών/ούσα(υπογραφή) |