|  |
| --- |
| **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 Ηλτα (email): |  |
|  | Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |  |
|  | Πόλη: | Τ.Κ. : |  |
|  | Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |  |
|  | Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Κυκλώστε το σωστό |  |  | Αγαμ. |  | Διαζ. Χηρ. |  |  |
|  | 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:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ | Υπηρεσία ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας |  |  |
| Είμαι συνταξιούχος |  |  |
| Ανάληψη Εργασίας για πρώτη φορά, από 01/01/2022 (παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 4826/2021, ασφάλιση Τ.Ε.Κ.Α.) |  |  |
| * 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 |  |  |  |  |  |

…../……/……..

Η δηλούσα / O δηλών

Επισημαίνεται ότι, η σωστή & καθαρογραμμένη συμπλήρωση του Δελτίου Απογραφής είναι υποχρέωση του Αναπληρωτή. Ο εκάστοτε παραλήπτης των δικαιολογητικών πρόσληψης έχει την ευθύνη ελέγχου της ορθότητας των κατατεθειμένων δικαιολογητικών και την απόρριψη όσων είναι πλημμελώς ή μη ευκρινώς συμπληρωμένα.



|  |
| --- |
| **ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ- ΠΕΠ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΜΘ** |
|  | 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 Ηλτα (email): |  |
|  | Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |  |
|  | Πόλη: | Τ.Κ. : |  |
|  | Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |  |
|  | Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. 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** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Α.Μ.Κ.Α** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | 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/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

…../……/……..

Η δηλούσα / O δηλών

[Πληκτρολογήστε εδώ]



|  |
| --- |
| **ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ-ΠΔΕ -ΓΕΝΙΚΗΣ** |
|  | 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/τα (email): |  |
|  | Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |  |
|  | Πόλη: | Τ.Κ. : |  |
|  | Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |  |
|  | Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Κυκλώστε το σωστό |  |  |  | Αγαμ. |  |  | Διαζ. Χηρ. |  |  |
|  | 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/κός, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: ……..** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ. ΕΦΚΑ** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Α.Μ.Κ.Α** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | 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/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

…../……/……..

Η δηλούσα / O δηλών

(υπογραφή)

|  |
| --- |
| **ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ- Υποστήριξη ενιαίας συστηματικής φοίτησης** |
|  | 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 Ηλτα (email): |  |
|  |  | Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |  |
|  |  | Πόλη: | Τ.Κ. : |  |
|  |  | Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |  |
|  |  | Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Αγαμ. Διαζ.Χηρ.Κυκλώστε το σωστό |  |
|  | Αριθμός παιδιών………. |  | **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Σε μορφή: ηη / μμ /εεεε) |  |
| 1οΠΑΙΔΙ |  | 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:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ | Υπηρεσία ΟΑΕΔ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας |  |  |
| Είμαι συνταξιούχος |  |  |
| Ανάληψη Εργασίας για πρώτη φορά, από 01/01/2022 (παρ. 1 τουάρθρου 6 του ν. 4826/2021, ασφάλιση Τ.Ε.Κ.Α.) |  |  |
| * 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 ήμετά) | Με 5/ετια (ΝΑΙ/ΟΧΙ) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ |  |  |  |  |  |

…../……/……..

Η δηλούσα / O δηλών

Επισημαίνεται ότι, η σωστή & καθαρογραμμένη συμπλήρωση του Δελτίου Απογραφής είναι υποχρέωση του Αναπληρωτή. Ο εκάστοτε παραλήπτης των δικαιολογητικών πρόσληψης έχει την ευθύνη ελέγχου της ορθότητας των κατατεθειμένων δικαιολογητικών και την απόρριψη όσων είναι πλημμελώς ή μη ευκρινώς συμπληρωμένα.