1η Πράξη: «Πρόγραμμα μέτρων εξατομικευμένης υποστήριξης μαθητών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069633

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. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό	

Αριθμός παιδιών	**ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)				
	1ο ΠΑΙΔΙ	2ο 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 / Ο δηλών