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

**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: | | | | |
| ΔνσηΗλτα (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 |

