

ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ για Μισθοδοσία - ΜΟΝΙΜΟΙ

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ :	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ(+φωτοαντίγραφο):	
ΚΛΑΔΟΣ:		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :	

ΑΦΜ (+ΕΓΓΡΑΦΟ Απόδοσης ΑΦΜ):		Δ.Ο.Υ.:	
------------------------------	--	---------	--

ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:		(+ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚ. ΚΑΤ. - έκδοση εντός τριμήνου)
ΠΛΗΘΟΣ ΑΓΑΜΩΝ ΤΕΚΝΩΝ (με Εισόδημα Μηδενικό ή μέχρι το ύψος του αφορολόγητου ορίου):		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΕΚΝΩΝ:		
ΠΛΗΘΟΣ ΤΕΚΝΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΟΡΙΑ ΩΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ:		
(Για ενήλικα τέκνα που φοιτούν + ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ)		(Για αναπηρία τέκνου + ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΕΠΑ)

ΑΜΚΑ*		Αρ.Μητρ. Ασφ.* :	
*(+πρόσφατη βεβαίωση απογραφής ΕΦΚΑ)			
ΝΕΟΣ ΑΣΦ (1η Ασφάλιση μετά την 1/1/1993):	ΝΑΙ/ΟΧΙ		
(Αν σημειώσατε ΟΧΙ δηλαδή έχετε ασφάλιση πριν την 1/1/1993 + φωτοτυπία ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΕΝΣΗΜΩΝ με ένσημα πριν την 1/1/1993)			
ΕΧΩ ΠΛΗΡΩΣΕΙ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΤΠΥ από προηγούμενο διορισμό στο Δημόσιο:	ΝΑΙ/ΟΧΙ		
ΕΝΣΗΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ 1/1/2022:	ΝΑΙ/ΟΧΙ		

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:	
ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ/ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ:	-

IBAN (1ος ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ):	
(+ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ)	

ΘΑ ΑΙΤΗΘΩ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ:	ΝΑΙ/ΟΧΙ		
ΘΑ ΑΙΤΗΘΩ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ:	ΝΑΙ/ΟΧΙ		
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜΟΣ:	
Τ.Κ.:		ΠΟΛΗ :	
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ :		ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ :	
E-MAIL:			

ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ: ΝΑΙ/ΟΧΙ (Αν ΝΑΙ + ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΚΕΠΑ)	
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :	

ΕΙΜΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ: ΝΑΙ/ΟΧΙ		ΕΙΜΑΙ ΙΕΡΕΑΣ (για άρρενες ειδικότητας ΠΕ01): ΝΑΙ/ΟΧΙ	
-----------------------------	--	--	--

ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ΝΗ ΣΕ ΚΛΑΔΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ πλην του ΕΦΚΑ_ΙΚΑ (δηλ. ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, ΝΟΜΙΚΩΝ ή άλλο κλαδικό Ταμείο), συμπληρώστε το Ταμείο και τον Αρ. Μητρ. Ταμείου	
(+ ΕΓΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ του Αρ. Μητρώου)	

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΔΕΙΑ: ΝΑΙ/ΟΧΙ	
----------------------------	--

ΕΙΔΟΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΑΔΕΙΑΣ (π.χ. κύηση, λοχεία, άνευ αποδοχών):	
--	--

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ, ΝΠΔΔ, ΟΤΑ ή αντίστοιχες υπηρεσίες κράτους μέλους Ε.Ε.	/...../202...
ΠΡΙΝ ΑΠΟ 1/1/2011: ΝΑΙ/ΟΧΙ		Τα δηλούμενα στοιχεία είναι ακριβή
(αν σημειώσατε ΝΑΙ + Έγγραφο προϋπηρεσίας πριν την 1/1/2011		Ο/Η Δηλών/ούσα
+ Υ. Δ. Επιλογής Ασφ. Φορέα : τ.ΙΚΑ/ΕΤΑΜ ή Δημόσιο)		(υπογραφή)