**Πρόγραμμα ανάπτυξης και ενδυνάμωσης διεπιστημονικών συμβουλευτικών και υποστηρικτικών δομών και μαθησιακής υποστήριξης/ συνεκπαίδευσης μαθητών/τριών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για την ισότιμη πρόσβαση και συμπερίληψη στην εκπαίδευση με κωδικό ΟΠΣ: 6001541 του Περιφερειακού Προγράμματος: «Στερεά Ελλάδα » του ΕΣΠΑ 2021-2027**

## ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ

|  |  |
| --- | --- |
| 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.ταx (email): |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |
| Πόλη: | Τ.Κ. : |
| Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |
| Οικ. Κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Σε χηρείαΚυκλώστε 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 ΔΥΠΑ |
| 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. 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 |  |  |  |  |  |

………/……/........

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

*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.*

**