**Πράξη: « Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή /και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-21» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Επώνυμο: | Ονοματεπώνυμο πατέρα: |  |
| Όνομα: | Ονοματεπώνυμο μητέρας |
| Κλάδος: | Ειδικότητα (ολογράφως): |
| **Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:** | **Σχολείο τοποθέτησης:** |
| Α.Δ.Τ.:Ημ. Εκδοσης: | Υπηκοότητα:Τόπος Γέννησης: |
| Δ.Ο.Υ.: | Ημ/νία Γέννησης:/ |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |
| **Α.Φ.Μ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Κινητό: | Σταθερό: |
| Δνση Ηλ/τα (email): |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός): |
| Πόλη: | Τ.Κ. : |
| Δήμος: | Περιφερειακή Ενότητα (νομός): |
| Οικ. Κατάσταση: Εγγ.  |  |  | 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 ΙΔΙΟΥ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Α.Μ.Κ.Α ΙΔΙΟΥ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IBAN:** | GR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:** | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας: **Αν ναι από ποια υπηρεσία ΟΑΕΔ (ΚΠΑ)** |  |
| Είμαι Συνταξιούχος: |  |
| * Για τη λήψη οικογενειακού επιδόματος προσκομίζεται Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης .
* 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 ΚλαδικούΤαμείου | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος(προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετια ( Ναι / Όχι) | Συμπλήρωση 35ου έτους ηλικίας( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ |  |  |  |  |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΜΕΔΕ |  |  |  |  |  |
| ΤΣΑΥ |  |  |  |  |  |