



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΕΣΠΑ
ΤΟΜΕΑ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΕΣ Β1, Β3

Ταχ. Δ/ση : Α. Παπανδρέου 37
Τ.Κ. - Πόλη : 151 80 - Μαρούσι
Ιστοσελίδα : <http://www.epiteliki.minedu.gov.gr>
Πληροφορίες : Ν. Κοκόλης
Σοφία Ντίντα
Τηλέφωνα : 210 344.3329
210 344.2129
Email : nkokolis@minedu.gov.gr
sntinta@minedu.gov.gr
Fax : 210 344 2799

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
Ευρωπαϊκό Ταμείο
Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης

Μαρούσι, 25/08/2020

Αρ. πρωτ.: 3004

ΠΡΟΣ.:

1. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΠΕ και ΔΕ της χώρας
2. Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της χώρας
3. Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της χώρας
4. Σιβιτανίδειο Δημόσια Σχολή Τεχνών και Επαγγελματών

Κοινοποίηση:

1. Διευθυντές των Σχολικών Μονάδων ΠΕ (μέσω των ΔΠΕ)
2. Διευθυντές των Σχολικών Μονάδων ΔΕ (μέσω των ΔΔΕ)

ΘΕΜΑ: Νέο Υπόδειγμα 3 «Δελτίο Απογραφής Αναπληρωτή» των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου των Πράξεων ΕΣΠΑ 2014-2020, για το σχολικό έτος 2020-2021

Σας γνωρίζουμε ότι το **Υπόδειγμα 3 «Ατομικά Στοιχεία Αναπληρωτή»** των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου, των Πράξεων ΕΣΠΑ 2014-2020, που εκδόθηκαν για το σχολικό έτος 2020-2021, **αντικαθίσταται** από νέο Υπόδειγμα **«Δελτίο Απογραφής Αναπληρωτή»**.

Το νέο Υπόδειγμα επισυνάπτεται **ανά Πράξη** στο παρόν και περιλαμβάνει τα απαιτούμενα στοιχεία για την συμπλήρωση του Εντύπου Αναγγελίας Πρόσληψης των αναπληρωτών στο Πληροφοριακό Σύστημα ΕΡΓΑΝΗ.

Το παρόν αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των Οδηγών υλοποίησης και Εφαρμογής Φυσικού Αντικειμένου και Διαχείρισης Οικονομικού Αντικειμένου των Πράξεων του παρακάτω πίνακα.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Τομέα Παιδείας

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Τομέα Παιδείας

Περιφερειακό
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Πίνακας Πράξεων

A/A	ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΠΣ	ΠΡΑΞΗ	ΑΔΑ ΟΔΗΓΟΥ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
1	5069633	«Πρόγραμμα μέτρων εξατομικευμένης υποστήριξης μαθητών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069633 στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020».	Ψ75046ΜΤΛΗ-ΡΞΗ
2	5069645	«Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645 στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020».	62Μ746ΜΤΛΗ-ΙΣΣ
3	5069864	«Ένταξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ΕΚΟ) στα σχολεία-Τάξεις Υποδοχής, σχολικό έτος 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069864 στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020».	ΨΙΘΔ46ΜΤΛΗ-Ν7Ξ
4	5069632	ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069632 στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» του ΕΣΠΑ 2014-2020».	6ΡΦΡ46ΜΤΛΗ-ΦΒΟ
5	5046048	«Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά τα έτη 2019-2020 & 2020-2021 με Κωδικό ΟΠΣ 5046048 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Θεσσαλίας 2014-2020».	Ψ9Α946ΜΤΛΗ-ΡΨΔ
6	5066831	«Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (έτους 2020-2021)», με κωδικό ΟΠΣ 5066831, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κεντρική Μακεδονία»	ΩΨΙΛ46ΜΤΛΗ-6ΔΒ
7	5031773	«Παράλληλη στήριξη παιδιών με αναπηρία η/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2021» με Κωδικό ΟΠΣ 5031773, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ήπειρος 2014-2020»	ΩΙΗ546ΜΤΛΗ-Μ5Ξ
8	5031825	«Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη (2018 – 2019, 2019 – 2020 και 2020 – 2021)» με κωδικό ΟΠΣ 5031825, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα»	Ω6Υ346ΜΤΛΗ-ΗΤΗ
9	5031769	«ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΕΤΗ 2018-2019, 2019-2020 & 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031769, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020»	Ω5ΔΠ46ΜΤΛΗ-ΕΓΑ
10	5031881	«Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για την ένταξη μαθητών με αναπηρία η/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020 και 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031881, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κρήτη 2014-2020»	ΨΣ8Γ46ΜΤΛΗ-Ρ29



Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΠΣ	ΠΡΑΞΗ	ΑΔΑ ΟΔΗΓΟΥ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ
11	5030985	«Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για την Ένταξη Μαθητών με Αναπηρία ή και Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2021 στα Ιόνια Νησιά» με κωδικό ΟΠΣ 5030985, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ιόνια Νησιά 2014-2020»	ΨΦΞΖ46ΜΤΛΗ-ΥΜΟ
12	5030264	«ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή / ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030264, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανατολική Μακεδονία Θράκη 2014-2020»	ΨΗ8Χ46ΜΤΛΗ-ΨΦΣ
13	5031672	«Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για τα σχολικά έτη 2018-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031672, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Δυτική Ελλάδα 2014-2020»	6Λ6346ΜΤΛΗ-3Υ0
14	5030717	«Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για την Ένταξη Μαθητών με Αναπηρία ή και Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020 και 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030717, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Βόρειο Αιγαίο»	Ω6ΨΓ46ΜΤΛΗ-Α9Β
15	5030373	«ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021)» με κωδικό ΟΠΣ 5030373, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Πελοπόννησος 2014-2020»	6ΓΓΥ46ΜΤΛΗ-7ΦΥ
16	5030982	«ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020 και 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030982, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Νότιο Αιγαίο 2014-2020»	ΩΩ7246ΜΤΛΗ-ΧΑ8
17	5069634	«ΕΝΙΑΙΟΣ ΤΥΠΟΣ ΟΛΟΗΜΕΡΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ, 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069634, με συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στους Άξονες Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», ΕΣΠΑ 2014-2020.	6ΖΣΘ46ΜΤΛΗ-Ε1Υ
18	5069631	«ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5069631, με συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στους Άξονες Προτεραιότητας 6, 8 και 9, του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», ΕΣΠΑ 2014-2020.	6ΣΘ346ΜΤΛΗ-ΣΩ1
19	-	«ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΩΡΟΜΙΣΘΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΕΠ-ΕΒΠ) ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΑΡ. 47 ΤΟΥ Ν. 4692/2020 (Α'111), Π.Κ. 2014ΣΕ04700000», Σχολικό Έτος 2020-2021.	9ΕΡΘ46ΜΤΛΗ-ΖΕΜ

Με εντολή Υπουργού
Ο Προϊστάμενος της ΕΔ ΕΣΠΑ Παιδείας

Κωνσταντίνος Δ. Βαλιάντζας



Συνημμένα

Νέο Υπόδειγμα 3 «Υπεύθυνη Δήλωση Αναπληρωτών για την υπαγωγή τους στην Απογραφή Μισθοδοσίας – Εργάνη» ανά Πράξη

Εσωτερική Διανομή:

- 1.Γραφείο Προϊσταμένου της ΕΔ ΕΣΠΑ
- 2.Μονάδες Β1, Β3



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ

Τομέα Παιδείας

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ

Τομέα Παιδείας

Περιφερειακό
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

1^η 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)				
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

2^η Πράξη: «Πρόγραμμα εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικό έτος 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069645

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:					Όνοματεπώνυμο πατέρα:				
Όνομα:					Όνοματεπώνυμο 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									
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)									
Αριθμός παιδιών		1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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									
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 									
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)				
ΤΕΑΧ									
ΝΟΜΙΚΩΝ									
ΤΣΜΕΔΕ									
ΤΣΑΥ									
ΑΛΛΟ									

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλύν

3^η Πράξη: «Ένταξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ΕΚΟ) στα σχολεία-Τάξεις Υποδοχής, σχολικό έτος 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069864

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:			
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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)				
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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					
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➢ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

4^η Πράξη: ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ: 5069632

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:			
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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. Αγам. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό					
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)			
.....		1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	
		4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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	
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας				Υπηρεσία ΟΑΕΔ	
Είμαι συνταξιούχος					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

5^η Πράξη: «Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά τα έτη 2019-2020 & 2020-2021 με Κωδικό ΟΠΣ 5046048, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Θεσσαλίας 2014-2020».

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:			
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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. Αγам. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό					
Αριθμός παιδιών	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)				
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο ΠΑΙΔΙ
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάρειο 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					
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➢ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

6^η Πράξη: «Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για την ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (έτους 2020-2021)», με κωδικό ΟΠΣ 5066831, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κεντρική Μακεδονία»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:								Όνοματεπώνυμο πατέρα:													
Όνομα:								Όνοματεπώνυμο 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. Αγам. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό																					
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)																			
.....		1 ^ο ΠΑΙΔΙ				2 ^ο ΠΑΙΔΙ				3 ^ο ΠΑΙΔΙ				4 ^ο ΠΑΙΔΙ				5 ^ο 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																					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου			Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)			Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)			Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)										
ΤΕΑΧ																					
ΝΟΜΙΚΩΝ																					
ΤΣΜΕΔΕ																					
ΤΣΑΥ																					
ΑΛΛΟ																					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλός

7^η Πράξη: «Παράλληλη στήριξη παιδιών με αναπηρία η/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2021» με Κωδικό ΟΠΣ 5031773, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ήπειρος 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:															Όνοματεπώνυμο πατέρα:																								
Όνομα:															Όνοματεπώνυμο 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)																								
.....															1 ^ο ΠΑΙΔΙ					2 ^ο ΠΑΙΔΙ					3 ^ο ΠΑΙΔΙ					4 ^ο ΠΑΙΔΙ					5 ^ο ΠΑΙΔΙ				
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάρειο 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																																							
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➢ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																																							
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου			Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)			Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)			Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)																												
ΤΕΑΧ																																							
ΝΟΜΙΚΩΝ																																							
ΤΣΜΕΔΕ																																							
ΤΣΑΥ																																							
ΑΛΛΟ																																							

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλός

8^η Πράξη: «Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για ένταξη μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη (2018 – 2019, 2019 – 2020 και 2020 – 2021)» με κωδικό ΟΠΣ 5031825, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα»

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. Κυκλώστε το σωστό	Αγαμ.	Διαζ.	Χηρ.									
Αριθμός παιδιών	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)											
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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												
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➢ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 												
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)							
ΤΕΑΧ												
ΝΟΜΙΚΩΝ												
ΤΣΜΕΔΕ												
ΤΣΑΥ												
ΑΛΛΟ												

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλόν

9^η Πράξη: «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΕΤΗ 2018-2019, 2019-2020 & 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031769, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:														
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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)														
		1 ^ο ΠΑΙΔΙ			2 ^ο ΠΑΙΔΙ			3 ^ο ΠΑΙΔΙ			4 ^ο ΠΑΙΔΙ			5 ^ο 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																
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																
TAMEIO		ΝΑΙ		Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου				Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)				Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)		Συμπλήρωση 35^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)		
ΤΕΑΧ																
ΝΟΜΙΚΩΝ																
ΤΣΜΕΔΕ																
ΤΣΑΥ																
ΑΛΛΟ																

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλύν



10^η Πράξη: «Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για την ένταξη μαθητών με αναπηρία η/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020 και 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031881, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κρήτη 2014-2020»

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)									
.....	1 ^ο ΠΑΙΔΙ		2 ^ο ΠΑΙΔΙ		3 ^ο ΠΑΙΔΙ		4 ^ο ΠΑΙΔΙ		5 ^ο 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										
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ 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/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)		Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ										
ΝΟΜΙΚΩΝ										
ΤΣΜΕΔΕ										
ΤΣΑΥ										
ΑΛΛΟ										

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών



11^η Πράξη: «Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη για την Ένταξη Μαθητών με Αναπηρία ή και Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες για τα σχολικά έτη 2018-2021 στα Ιόνια Νησιά» με κωδικό ΟΠΣ 5030985, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ιόνια Νησιά 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:															Όνοματεπώνυμο πατέρα:																			
Όνομα:															Όνοματεπώνυμο 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)																			
.....															1 ^ο ΠΑΙΔΙ			2 ^ο ΠΑΙΔΙ			3 ^ο ΠΑΙΔΙ			4 ^ο ΠΑΙΔΙ			5 ^ο 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																																		
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 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/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)					Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)				
ΤΕΑΧ																																		
ΝΟΜΙΚΩΝ																																		
ΤΣΜΕΔΕ																																		
ΤΣΑΥ																																		
ΑΛΛΟ																																		

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλόν

12^η Πράξη: «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή / ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030264, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανατολική Μακεδονία Θράκη 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:			
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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)				
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΆΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλύν

13^η Πράξη: «Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για τα σχολικά έτη 2018-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5031672, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Δυτική Ελλάδα 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:				Όνοματεπώνυμο πατέρα:												
Όνομα:				Όνοματεπώνυμο 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)														
.....		1 ^ο ΠΑΙΔΙ			2 ^ο ΠΑΙΔΙ			3 ^ο ΠΑΙΔΙ			4 ^ο ΠΑΙΔΙ			5 ^ο 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																
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																
TAMEIO		ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου				Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)				Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)		Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)			
ΤΕΑΧ																
ΝΟΜΙΚΩΝ																
ΤΣΜΕΔΕ																
ΤΣΑΥ																
ΑΛΛΟ																

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλός

14^η Πράξη: «Εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη για τα σχολικά έτη 2018-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030717, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Βόρειο Αιγαίο»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:									
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο 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. Αγμ. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό											
Αριθμός παιδιών											
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)											
		1 ^ο ΠΑΙΔΙ		2 ^ο ΠΑΙΔΙ		3 ^ο ΠΑΙΔΙ		4 ^ο ΠΑΙΔΙ		5 ^ο 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											
<p>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>.</p> <p>➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</p>											
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)						
ΤΕΑΧ											
ΝΟΜΙΚΩΝ											
ΤΣΜΕΔΕ											
ΤΣΑΥ											
ΑΛΛΟ											

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

15^η Πράξη: «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021)» με κωδικό ΟΠΣ 5030373, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Πελοπόννησος 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:	Όνοματεπώνυμο πατέρα:				
Όνομα:	Όνοματεπώνυμο 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) 1 ^ο ΠΑΙΔΙ 2 ^ο ΠΑΙΔΙ 3 ^ο ΠΑΙΔΙ 4 ^ο ΠΑΙΔΙ 5 ^ο 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 <u>βεβαίωση φοίτησης.</u> ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:					
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)
ΤΕΑΧ					
ΝΟΜΙΚΩΝ					
ΤΣΜΕΔΕ					
ΤΣΑΥ					
ΑΛΛΟ					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

16^η Πράξη: «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή/ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ για τα σχολικά έτη 2018-2019, 2019-2020 και 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5030982, στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Νότιο Αιγαίο 2014-2020»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:				Όνοματεπώνυμο πατέρα:			
Όνομα:				Όνοματεπώνυμο 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)					
		1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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							
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➢ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 							
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)		
ΤΕΑΧ							
ΝΟΜΙΚΩΝ							
ΤΣΜΕΔΕ							
ΤΣΑΥ							
ΑΛΛΟ							

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

17^η Πράξη: «Ενιαίος Τύπος Ολοήμερου Δημοτικού Σχολείου, 2020-2021», με κωδικό ΟΠΣ 5069634,

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:													Όνοματεπώνυμο πατέρα:																		
Όνομα:													Όνοματεπώνυμο 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:													T.K. :																		
Δήμος:													Περιφερειακή Ενότητα (νομός):																		
Οικ. Κατάσταση: Εγγ.		Αγαμ.		Διαζ.		Χηρ.																									
Κυκλώστε το σωστό																															
Αριθμός παιδιών	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)																														
.....																															
	1 ^ο ΠΑΙΔΙ	2 ^ο ΠΑΙΔΙ	3 ^ο ΠΑΙΔΙ	4 ^ο ΠΑΙΔΙ	5 ^ο 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																															
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																															
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)																										
ΤΕΑΧ																															
ΝΟΜΙΚΩΝ																															
ΤΣΜΕΔΕ																															
ΤΣΑΥ																															
ΑΛΛΟ																															

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

18^η Πράξη: «ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, 2020-2021» με κωδικό ΟΠΣ 5069631

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:												Όνοματεπώνυμο πατέρα:											
Όνομα:												Όνοματεπώνυμο 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)																	
.....						1 ^ο ΠΑΙΔΙ			2 ^ο ΠΑΙΔΙ			3 ^ο ΠΑΙΔΙ			4 ^ο ΠΑΙΔΙ			5 ^ο ΠΑΙΔΙ					
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιário 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																							
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ 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/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)				Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)							
ΤΕΑΧ																							
ΝΟΜΙΚΩΝ																							
ΤΣΜΕΔΕ																							
ΤΣΑΥ																							
ΑΛΛΟ																							

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

19^η Πράξη: «ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΩΡΟΜΙΣΘΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΕΠ-ΕΒΠ) ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΑΡ. 47 ΤΟΥ Ν. 4692/2020 (Α' 111), Π.Κ. 2014ΣΕ04700000», Σχολικό Έτος 2020-2021.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:										Όνοματεπώνυμο πατέρα:											
Όνομα:										Όνοματεπώνυμο 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. Αγам. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό																					
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)																			
.....		1 ^ο ΠΑΙΔΙ				2 ^ο ΠΑΙΔΙ				3 ^ο ΠΑΙΔΙ				4 ^ο ΠΑΙΔΙ				5 ^ο 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																					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ 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/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)		Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)							
ΤΕΑΧ																					
ΝΟΜΙΚΩΝ																					
ΤΣΜΕΔΕ																					
ΤΣΑΥ																					
ΑΛΛΟ																					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών