

**Τ.Υ.Δ.Θ.  
Γ 3**

Αρ. Πρωτ. :

Ημερομηνία :

ΠΡΟΣ

ΕΝΙΑΙΟ ΦΟΡΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Ε.Φ.Κ.Α)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΓΙΑ  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΕΚΝΟΥ ΣΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟ ΣΤΑΘΜΟ**

Α.Μ.Κ.Α.

Α.Μ. (Τ.Υ.Δ.Θ.)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ**

Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Πατρώνυμο	<input type="text"/>		
Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ.	<input type="text"/>

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Οδός / Αριθμός	<input type="text"/>	Τ.Κ.	<input type="text"/>
Τηλ-1	<input type="text"/>	Κινητό	<input type="text"/>

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Α.Μ.Κ.Α	<input type="text"/>	Ασφαλιστικός Φορέας	<input type="text"/>
Εργασία	<input type="text"/>	Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>

Παρακαλώ να εγκρίνετε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Υγειονομικού Κανονισμού του Ταμείου, τη συμπληρωματική ασφάλιση των παρακάτω τέκνων μου στο Περιφερειακό Τμήμα Υγείας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης του Ε.Φ.Κ.Α διάρκειας ενός (1) έτους για την παροχή «Βρεφονηπιακοί Σταθμοί» για την περίοδο 01/09/2018 – 30/06/2019

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ:**

1. Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Α.Μ.Κ.Α	<input type="text"/>	Ημερομηνία γέννησης	<input type="text"/>
Βρεφονηπιακός. Σταθμός	<input type="text"/>		
2. Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Α.Μ.Κ.Α	<input type="text"/>	Ημερομηνία γέννησης	<input type="text"/>
Βρεφονηπιακός. Σταθμός	<input type="text"/>		
3. Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα	<input type="text"/>
Α.Μ.Κ.Α	<input type="text"/>	Ημερομηνία γέννησης	<input type="text"/>
Βρεφονηπιακός. Σταθμός	<input type="text"/>		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι **ΔΕΝ ΕΧΩ ΩΦΕΛΗΘΕΙ /**

**Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΜΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΩΦΕΛΗΘΕΙ** από τα προγράμματα ΕΣΠΑ ή από οποιοδήποτε άλλο επιδοτούμενο πρόγραμμα για συμμετοχή του παραπάνω τέκνου μου σε Βρεφονηπιακό Σταθμό περιόδου 2018 – 2019

Θεσσαλονίκη .....

Ο / Η Αιτ.....

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**

1. Βεβαίωση εργασίας του / της συζύγου (για μισθωτούς) ή Βεβαίωση Εφορίας (για ελεύθερους επαγγελματίες)
2. Βεβαίωση του φορέα του / της συζύγου για τη μη χορήγηση της παροχής σε είδος ή σε χρήμα
3. Ληξιαρχική πράξη γέννησης του τέκνου
4. Έντυπο από το οποίο να προκύπτει ο ΑΜΚΑ του τέκνου