

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		Όνομα	
Πατρώνυμο			
Α.Φ.Μ.		Α.Δ.Τ.	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
Οδός / Αριθμός		Τ.Κ.	
Τηλ-1		Κινητό	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ			
Επώνυμο		Όνομα	
Α.Μ.Κ.Α		Ασφαλιστικός Φορέας	
Εργασία		Α.Φ.Μ.	

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 01/09/2019– 30/06/2020

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ:			
1. Επώνυμο		Όνομα	
Α.Μ.Κ.Α		Ημερομηνία γέννησης	
Βρεφονηπιακός. Σταθμός			
2. Επώνυμο		Όνομα	
Α.Μ.Κ.Α		Ημερομηνία γέννησης	
Βρεφονηπιακός. Σταθμός			
3. Επώνυμο		Όνομα	
Α.Μ.Κ.Α		Ημερομηνία γέννησης	
Βρεφονηπιακός. Σταθμός			

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 2019 – 2020

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
5. Εκτύπωση από taxishet ιδίου / ιδίας για το ότι το ΑΦΜ είναι ενεργό