

Έντυπο Μισθοδοσίας / Απογραφής Αναπληρωτή

ΠΡΟΣ: Δ/ΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΒΟΙΩΤΙΑΣ

ΦΙΛΩΝΟΣ 35-39 Τ.Κ 32131 ΛΙΒΑΔΕΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ:			ΟΝΟΜΑ:			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:			ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:			
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:			Α.Δ.Τ.:		ΗΜ. ΕΚΔ.:	
Α.Φ.Μ.:		ΚΛΑΔΟΣ:		Δ.Ο.Υ.:		
Α.Μ.Κ.Α.:			Α.Μ. Ι.Κ.Α.:			
ΤΑΜΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ						
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΚΑ	ΠΑΛΙΟΣ ΑΣΦ/ΜΕΝΟΣ (ΠΡΙΝ ΤΟ 93)			ΆΛΛΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗ		
	ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΜΕΝΟΣ (ΜΕΤΑ ΤΟ 93)					
ΣΠΟΥΔΕΣ						
ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:						
ΤΜΗΜΑ:					ΧΩΡΑ:	
ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ / ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ :						ΧΩΡΑ:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ						
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜΟΣ:		Τ.Κ.:		
ΠΟΛΗ:		e-mail:				
ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΚΙΝΗΤΟ:				
Ο/Η υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο νόμος για ψευδή δήλωση, τα παρακάτω στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καταβολή οικογενειακής παροχής:						
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Άγαμος/η <input type="checkbox"/>		Έγγαμος/η <input type="checkbox"/>		Σε διάσταση <input type="checkbox"/>		Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>
						Σε χηρεία <input type="checkbox"/>
Σε περίπτωση διάστασης - διάζευξης, η επιμέλεια των τέκνων έχει νόμιμα ανατεθεί στον/στη:						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:		ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ (από νόμιμο γάμο, φυσικά, θετά ή αναγνωρισμένα)						
Όνοματεπώνυμο	Ημ/νία γέννησης	Οικογεν. Κατάσταση	ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ ΤΕΚΝΑ ΕΩΣ 24 ΕΤΩΝ			Σωματική ή πνευματική αναπηρία (ΝΑΙ ή ΌΧΙ)
			Σχολή Φοίτησης	Ημ/νία 1ης εγγραφής	Έτη σπουδών	

Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλουμένων στοιχείων θα τη γνωστοποιήσω αμέσως, με άλλη δήλωσή μου στην Υπηρεσία μου.



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

Λιβαδειά,/...../.....

Ο/Η ΑΙΤ.....