

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ

- Ο Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος
- Ο Περί Ετησίων Αδειών Μετ' Απολαβών Νόμος
- Ο Περί Τερματισμού Απασχόλησεως Νόμος
- Ο Περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμος
- Ο Περί Εκτάκτου Εισφοράς για την Άμυνα Νόμος
- Ο Περί Ταμείου Κοινωνικής Συνοχής Νόμος

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΙΣΘΩΤΟΥ/ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ**ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Αρ. Ταυτότητας							Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού			Αρ. Διαβατηρίου		
Συμπληρώνεται μόνο από πολίτες χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.												
Υπηκοότητα:												
Αρ. Ασφ./Αρ. Εγγραφής:												
Όνοματεπώνυμο (κεφαλαία γράμματα)												
.....												
Διεύθυνση Διαμονής		Οδός / Αριθμός:										
											
		Ενορία / Χωριό:										
		Επαρχία:				Ταχ. Κωδ.:						
		Αρ. Τηλ.:				Αρ. Φαξ:						
Ημερομηνία Γεννήσεως		Ημέρα	Μήνας	Έτος	Τόπος γεννήσεως		Φύλο		Κοινότητα			
Οικογενειακή Κατάσταση		Άγαμος <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>		Ημερομηνία Γάμου		Ημερ.	Μην.	Έτος			
		Έγγαμος <input type="checkbox"/>	Χήρος/α <input type="checkbox"/>									
		(Σημειώστε Χ ανάλογα)										
Όνοματεπώνυμο πατέρα:												
Αριθμός Ασαφαλίσεως Συζύγου				Αριθμός Ταυτότητας Συζύγου				Όνομα Συζύγου				
.....							
Επάγγελμα αιτητή:												
.....												
Ημερομηνία ενάρξεως απασχόλησης:												

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Διεύθυνση Απασχόλησης		Οδός / Αριθμός:									
										
		Ενορία / Χωριό:									
		Επαρχία:				Ταχ. Κωδ.:					
		Αρ. Τηλ.:				Αρ. Φαξ:					

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΙΣΘΩΤΟΥ

Όνομα Εργοδότη:
Αριθμός Μητρώου Εργοδότη: Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

Ημερομηνία: Υπογραφή Αιτητή:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

I. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Εγκρίνεται από

* Απορρίπτεται.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία: Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.