



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ
**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΩΝ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΛΟΓΩ
ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:
Αρ. Διαβατηρίου: Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού:
Όνοματεπώνυμο:
Διεύθυνση Διαμονής: Οδός/Αριθμός:
..... Τηλ.:
Ενορία/Χωριό: Φαξ:
Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Επισυνάπτω τα πιο κάτω έγγραφα από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα στα οποία φοίτησα **(Βεβαίωση σπουδών απαραίτητη):**

<u>Περίοδος Τακτικής Εκπαίδευσης:</u>	<u>Όνομα Εκπαιδευτικού ιδρύματος:</u>	<u>Έγγραφα/Βεβαιώσεις:</u>
(α)
(β)
(γ)
(δ)
(ε)

Για την περίοδο που ζητάτε πιστώσεις έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας; Δηλώστε:

(α) Χώρα (β) Αρ. ασφαλίσεως (γ) Περίοδος
(α) Χώρα (β) Αρ. ασφαλίσεως (γ) Περίοδος

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ορθές και ζητώ να πιστωθώ με εξομοιούμενες ασφαλιστέες αποδοχές για την πιο πάνω περίοδο τακτικής εκπαίδευσής μου. Γνωρίζω ότι σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης, υπόκειμαι στις προβλεπόμενες από το Νόμο ποινές.

Οποιαδήποτε έγγραφα επισυναφθούν πρέπει να είναι πρωτότυπα ή πιστά αντίγραφα των πρωτοτύπων.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Η αίτηση για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών βεβαιώνεται για την περίοδο:

από μέχρι
από μέχρι
από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή:
για Επαρχιακό Λειτουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ημερομηνία καταχώρησης: Υπογραφή:
για Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων