

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΟΠΑΔ:

.....

ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ:

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΚΑΒ:

ΝΟΜΟΣ:

ΤΟΜΕΑΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

E-mail:.....

....., / / 20....

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Κεντρική Υπηρεσία

Δ/νση Διοικητικών & Οικονομικών Υπηρεσιών

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε **άδεια άνευ αποδοχών για ανατροφή τέκνου κάτω των έξι (6) ετών**, ελάχιστης διάρκειας, σύμφωνα με την ΔΙΔΑΔ/Φ.69/100/10431/03-04-2019 (ΑΔΑ:ΨΙ2Ι465ΧΘΨ-ΝΝΝ), τεσσάρων (4) μηνών, για χρονικό διάστημα μηνών ή ετών και συγκεκριμένα από μέχρι

Δηλώνω υπεύθυνα (τσεκάροντας το αντίστοιχο τετραγωνάκι), σε περίπτωση **που εγκριθεί** η άδεια άνευ αποδοχών, σε εφαρμογή της υπ' αριθμ. 5603/21-2-2013 εγκυκλίου του ΟΠΑΔ, ότι:

Επιθυμώ να έχω υγειονομική περίθαλψη γνωρίζοντας ότι θα καταβάλλω εξ ιδίων την αντίστοιχη κράτηση (εργοδότη και ασφαλισμένου) για το συνολικό χρόνο της άνευ αποδοχών άδειάς μου.

Δεν επιθυμώ να έχω υγειονομική περίθαλψη γνωρίζοντας ότι:

(α) οφείλω να καταθέσω τα βιβλιάρια νοσηλείας (ατομικό & μελών) στο τοπικό κατάστημα του ΙΚΑ,

(β) η Υπηρεσία μου θα ενημερώσει τον ασφαλιστικό φορέα σχετικά.

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)