

Α Ι Τ Η Σ Η – Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η¹

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: “ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ & ΕΞΑΓΟΡΑΣ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ” (ισχύει μόνο για τους εν ενεργεία Δημοσίους υπαλλήλους)

| | | | |
|-------|---|---------------------------------|------------|
| ΠΡΟΣ: | ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ (Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π.) | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ* | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
| | | *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία | |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|--|-----------|--|-----|--|
| Ο – Η Όνομα: | | Επώνυμο: | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: | | Ημερομηνία έκδοσης: | | | | | |
| Εκδούσα Αρχή: | | Α.Φ.Μ: | | | | | |
| Δ.Ο.Υ.: | | ΑΜΚΑ: | | Α.Μ. ΙΚΑ: | | | |
| Ημερ/νία γέννησης: | | Τόπος Γέννησης: | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | | ΤΚ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | | | |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

| | | | |
|--|---|-----------|--|
| Υπηρεσία: | | | |
| Οδός/Αριθμός | | Πόλη / ΤΚ | |
| Τηλέφωνο | | Φαξ | |
| Το αίτημα αφορά το τ. Ταμείο | <input type="checkbox"/> ΤΕΑΔΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΑΠ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΕΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΠΣ, <input type="checkbox"/> ΤΑΔΚΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΟΚΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΧ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ (διευκρινήστε): | | |
| Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου (τ.Ταμείου) | | | |
| ΔΟΥ Μισθοδοσίας Ασφαλισμένου | | | |

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)

| | | | | | |
|-----------------------|--|----------|--|-----------|--|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |
| Τηλ: | | Fax: | | E – mail: | |

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση του εντύπου αυτού, απαιτείται η προσκόμιση συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου ή εξουσιοδότηση με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή ΚΕΠ.

¹ «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν1599/86 δηλώνω ότι:

| | |
|---|---|
| 1. Επιθυμώ να μου αναγνωρίσετε και να συνυπολογίσετε στην ασφαλιστική μου συμμετοχή: | |
| <input type="checkbox"/> Συντάξιμη προϋπηρεσία στο Δημόσιο: | Από:, έως: |
| <input type="checkbox"/> Στρατιωτική Θητεία*: | Από:, έως: |
| <input type="checkbox"/> Προϋπηρεσία σε Ιδιωτικό Τομέα: | Από:, έως: |
| <input type="checkbox"/> Αναγνώριση πλασματικού χρόνου* | Από:, έως: |
| 2. Θα εξοφλήσω την σχετική μου οφειλή: | <input type="checkbox"/> Εφ'άπαξ <input type="checkbox"/> Με δόσεις |
| 3. Ο προς αναγνώριση χρόνος δεν συμπίπτει με χρόνο ασφάλισης σε άλλο Επικουρικό Φορέα εκτός από το ΜΤ. Π.Υ. | |
| 4. Για την αναγνώριση πλασματικών ετών ο χρόνος λαμβάνει αναγνώριση από Γ.Λ.Κ. και δεν έχει αναγνωριστεί σε άλλο επικουρικό ταμείο | |
| 5. Ενημερώθηκα ότι βασική προϋπόθεση για την αναγνώριση χρόνου υπηρεσίας από το ΕΤΕΑ είναι ο εν λόγω χρόνος να έχει αναγνωριστεί και από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους. | |
| 6. Ενημερώθηκα ότι ο υπολογισμός της οφειλής γίνεται ως εξής: Υπολογισμός Εξαγοράς= Βασικός Μισθός X 6% X Σύνολο Μηνών (μείον 10% εφόσον η πληρωμή γίνει εφάπαξ). | |
| 7. Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών, που υποχρεούμαι να προσκομίσω, είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και ενημερώθηκα για τα ελλείποντα δικαιολογητικά, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα (ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ) και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό. | |

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
(Τα δικαιολογητικά κατατίθενται με την σειρά και επιβεβαιώνει ο αρμόδιος υπάλληλος)

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ |
|--|---------------------------------|-----------------|
| 1. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (να αναφέρεται η ζητούμενη προς αναγνώριση προϋπηρεσία, η οποία θα πρέπει να έχει διανυθεί στο Δημόσιο Τομέα και να είναι συντάξιμη). | | |
| 2. Αναλυτική βεβαίωση αποδοχών* (του μήνα υποβολής της αίτησης) | | |
| Κατά περίπτωση επιπρόσθετα δικαιολογητικά: | | |
| Πιστοποιητικό Στρατολογικού Γραφείου Τύπου Α* (για την αναγνώριση Στρατιωτικής Θητείας) | | |
| Βεβαίωση αρμόδιου φορέα που θα αναφέρει τον χρόνο που επιθυμεί να αναγνωρίσει ο ασφαλισμένος (για αναγνώριση προϋπηρεσίας σε Ιδιωτικό Τομέα) | | |
| Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης* | για αναγνώριση Πλασματικών Ετών | |
| Τίτλος Σπουδών | | |

*Για τα δικαιολογητικά με αστερίσκο, αν δεν προσκομιστούν, θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περι αυτεπάγγελτης αναζήτησης δικαιολογητικών:

- Δηλώνω ότι ανήκω στο Στρατολογικό Γραφείο:
και ο ΑΣΜ (Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου) μου είναι:
- Δηλώνω ότι οικογενειακή μερίδα υπάρχει στον Δήμο:

ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΟΣΩΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΕΥΘΥΝΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΝ ΓΝΩΣΕΙ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΨΕΥΔΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....20.....

(Υπογραφή)