

Π Ρ Ο Σ

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.
..... ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 48
ΤΚ 104 38 ΑΘΗΝΑ

Α. Γ. Μ.:

ΒΑΘΜΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΗΜΕΡ. ΕΚΔ.:

ΕΚΔ. ΑΡΧΗ:

Α.Φ.Μ.: (9 ψηφία)

Α.Μ.Κ.Α.:..... (11ψηφία)

E-MAIL:(προαιρε.).....

Δ Ι Ε Υ Θ Υ Ν Σ Η Δ Ι Α Μ Ο Ν Η Σ

ΟΔΟΣ:

ΑΡΙΘΜ.: Τ. Κ.

ΣΥΝΟΙΚΙΑ:

ΠΟΛΗ:

ΝΟΜΟΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ:.....

Ημερομηνία /...../20.....

1. Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, σύμφωνα με τις παραγράφους 3 & 4 του άρθρου 20 του Ν.3232/2004, για να αναγνωρίσω στον Τομέα σας χρόνο προϋπηρεσίας μου που συμπίπτει με συντάξιμο χρόνο στο Δημόσιο, μέρος ή σύνολο αυτού από:

⁽¹⁾ Στρατιωτική Θητεία:
Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

⁽¹⁾ Αστυνομική Σχολή:
Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

⁽¹⁾ Χρόνος Σπουδών:
Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

⁽¹⁾ Χρόνος Αυξημένος στο Διπλάσιο (Μάχιμη Πενταετία, Εξάμηνα)
Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

⁽¹⁾ Προϋπηρεσία στο Δημόσιο
Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....

Προσηρημένα υποβάλλω:

1. Βεβαίωση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους από την οποία προκύπτει:
α) ότι έχω αναγνωρίσει την Στρατιωτική μου υπηρεσία ή άλλη προϋπηρεσία στο Δημόσιο ή τον χρόνο σπουδών
β) το χρονικό διάστημα που αναγνωρίστηκε.
2. Αναλυτικό σημείωμα αποδοχών τελευταίου μηνός (ή θεωρημένο αντίγραφο).
3. Αντίγραφο Φύλλου Μητρώου (αφορά για την αναγνώριση Σχολής της Αστυνομίας)

Δια της παρούσης μου δηλώνω ότι η εξαγορά επιθυμώ να γίνει με την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών:

⁽²⁾ Εφάπαξ, ώστε να τύχω της έκπτωσης 10%.

⁽²⁾ Σε μηνιαίες δόσεις, ο αριθμός των οποίων δεν θα υπερβαίνει τον αριθμό των αναγνωριζόμενων μηνών.

Ο/Η ΔΗΛ.....

⁽¹⁾ Σημειώνετε με **X** το χρονικό διάστημα που θα αναγνωρίσετε.

⁽²⁾ Σημειώνετε με **X** αυτό που επιθυμείτε