



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)**:

Περίοδος Τακτικής Εκπαίδευσης: Όνομα Εκπαιδευτικού ιδρύματος: Έγγραφα/Βεβαιώσεις:

(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

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

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "για Χορήγηση Εξομοιούμενων Ασφαλιστέων Αποδοχών λόγω Τακτικής Εκπαίδευσης".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης "για Χορήγηση Εξομοιούμενων Ασφαλιστέων Αποδοχών λόγω Τακτικής Εκπαίδευσης".
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

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