ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε.

# ΑΙΤΗΣΗ

## ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Στρατιωτικής Υπηρεσίας ασφαλισμένου |  |  |  |
|  |  | Στρατιωτικής Υπηρεσίας Συντ/χου |  |  |  |

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ο.Α.Ε.Ε. από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.: |  ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) **Α.Μ.Κ.Α:** |  |
| **Α.Φ.Μ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| ΕΠΩΝΥΜΟΑ) ΓΕΝΝΗΣΗΣΒ) ΣΗΜΕΡΙΝΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |
|  |  |  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ**  | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** | **Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ** | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| **ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ Να διαγραφεί το μη ισχύον** |
| ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ \* | **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**  | **ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ** |
|  | **Πιστοποιητικό τύπου Α΄ Στρατολογίας (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση)** | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
| Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου. |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) |  |
| Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ Ι | **ΟΝΟΜΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ** | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ **\*** |
| ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……………….. |
| **ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ** | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός…………………………….Ημερομηνία Παραλαβής……………….Συνημμένα………………………… |
| Ονοματεπ/μο :………………………… |
| Υπογραφή …………………………….. |
|  |

 Ημ/νία:……/………/……….

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

 Ο/Η Αιτ……

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμέν…………………………………………………………….Αρ. Μητρώου………………...

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση τα παρακάτω :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Έχετε αναγνωρίσει τη στρατιωτική υπηρεσία σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** : Παίρνετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης και αν ναι από πού ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

3. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Πρόκειται να πάρετε σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό κύριας ασφάλισης ;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

1. **ΕΡΩΤΗΣΗ** :Κατά το χρονικό διάστημα της στρατιωτικής υπηρεσίας υπήρξατε ασφαλισμένος σε ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλισης; Αν ναι, σε ποιον;

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ** :

Ημερομηνία …………………………………..

Ο/Η Δηλ……………

………………………………………………….

 ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

 Βεβαιώνεται ότι ο ανωτέρω ασφαλισμένος καταβάλλει εισφορές στην

………………………………… ασφαλιστική κατηγορία

 (Ολογράφως)

 Ο Αρμόδιος Υπάλληλος

…………………………………………..