ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε. ΑΙΤΗΣΗ

#  ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Επαγγ/κής απασχ/σης πριν & μετά την εγγραφή | 4. |  | Στην Αλλοδαπή |
|  |  | Εθνικής αντίστασης συνταξιούχου | 5. |  | Δημοσίου ( Ν. 1405 / 83 ) |
|  |  | Εθνικής αντίστασης ασφαλισμένου |  |  |

##

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** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
| 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. ………………..Κ 0510/9/06 (Περιφ. Τμήμα) |
| **ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ** | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός…………………………….Ημερομηνία Παραλαβής……………….Συνημμένα………………………… |
| Ονοματεπ/μο :………………………… |
| Υπογραφή …………………………….. |
|  |

 Ημ/νία:……/………/……….

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

 O /H AIT…….