

**Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ**

Αριθ.Πρωτ..... ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ.....

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ.....

**ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ Ε.Τ.Α.Α.**

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΔΕΧΤΕΙΤΕ Τ.....ΠΑΙΔ.....ΜΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ (άμεσα ασφαλισμένου)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ (-ΙΩΝ)

.....

1).....

ΟΝΟΜΑ.....

ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....

2).....

ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....

ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ.....

ΑΜΚΑ.....

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

(άμεσα ασφαλισμένου)

Α.Μ.....

3).....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ.....

ΚΙΝΗΤΟ.....

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ Η ΔΕΥΤΕΡΗ Η ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

(σε κύκλο η περίοδος που επιθυμείτε) και κατά

σειρά προτίμησης κατασκήνωσης.

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΑΣΚΩ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ.....ΩΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

Η ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΣΤΟ.....Η ΕΜΜΙΣΘΟΣ ΑΠΟ.....

ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ Ο ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΜΟΥ ΦΑΚΕΛΟΣ,ΕΙΝΑΙ ΘΕΩΡΗΜΕΝΑ ΤΑ

ΒΙΒΛΙΑΡΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ 20.....ΚΑΙ ΕΓΩ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΑΣΤΕ ΜΟΝΟΝ

ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

Ο(Η) ΑΙΤ.....

ΕΓΙΝΕ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΗΣΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ