

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

ΓΛΩΣΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ. Α.Θ.Π/Γρ. Υγ/κού.
Πέτρου Ράλλη 1, 17778 Ρούφ Αθήνα.

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα Πατρός :

Α.Μ.Σ :

Κατοίκου :

Οδός :

Αριθμός :

Τ.Κ :

Τηλέφωνο :

Υποβάλλω τα συνημμένα δικαιολογητικά και σας παρακαλώ για την Αντικατάσταση της θεραπει-
δας/οντα μου

σύμφωνα με το Ν. 571/77.

« Περί Αντικαταστάσεως Θεραπεινίδας/οντα. ».

Αθήνα :/...../.....

Η/Ο
Αιτ.....

Απαιτούμενα δικαιολογητικά που επισυνάπτονται :

1. Σύμβαση συμπληρωμένη και θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής, από το Αστυν. Τμήμα, του Αναπήρου και της Θεραπεινίδας/οντα.
2. Έντυπο Μητρώου Μισθοδοτούμενων Ελληνικού Δημοσίου, (συμπληρωμένο).
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 της Θεραπεινίδας/οντα στην οποία ν' αναφέρει :
Ότι δεν εργάζεται στο Δημόσιο ή Ιδιωτικό Τομέα, δεν συνταξιοδοτείται από πουθενά, εάν έχει προϋπηρεσία στο Δημόσιο ή σε Ανάπηρο και αν επιθυμεί να ενταχθεί στις διατάξεις του νέου μισθολογίου.
4. Ενημερωτικό σημείωμα τελευταίου τριμήνου του Γ.Λ.Κ.
5. Απολυτήριο Λυκείου ή εξαταξίου Γυμνασίου (Εφόσον υπάρχει).
6. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
7. Βεβαίωση Προϋπηρεσίας (Εφόσον υπάρχει).
8. Σε περίπτωση αλλοδαπού/ής, άδεια παραμονής.
9. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 της Θεραπεινίδας/οντα στην οποία ν' αναφέρει τους λόγους αποχώρησης.
10. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του Αναπήρου που να αναφέρει τους λόγους απόλυσης της θεραπεινίδα/οντα.
11. Θεωρημένο αντίγραφο απόφασης κανονισμού πολεμικής ή στρατιωτικής συντάξεως του Γ.Λ.Κ ή Γνωμάτευση ΑΣΥΕ, ΑΝΥΕ, ΑΑΥΕ για τους ΠΔ.