**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ **ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ** ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΒΡΕΦ/ΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ:

**Αρ.Πρωτ.:**

Ημερ/νία!

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ - ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ

|  |  |
| --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ | |
| ΟΝΟΜ/ΜΟΙΙΑΙΔΙΟΥ |  |
| ΗΜΕΡΤ· ·' : ΈΝΝΤ ΙΣΗΣ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ | | |
|  | ΠΑΤΕΡΑΣ | ΜΗΤΕΡΑ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |  |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ | Οικίας: | Οικίας: |
| Εργασίας: | Εργασίας: |
| Κινητό: | Κινητό: |
| e-Mail |  |  |
| Α.Φ.Μ. |  |  |
| Α.Δ.Τ.ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤ. |  |  |
| ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ (σε περίπτωση διαζυγίου) | ΠΑΤΕΡΑΣ |  | ΜΗΤΕΡΑ |  |

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

.2014

Ο ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ΠΑΤΕΡΑΣ | ΜΗΤΕΡΑ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ | ΠΑΤΕΡΑΣ | Α.Μ.Α | ΜΗΤΕΡΑ | Α.Μ.Α |
| Επάγγελμα |  |  |  |  |
| Ιδιωτικός Τομέας |  |  |  |  |
| Ελεύθερος  Επαγγελματίας |  |  |  |  |
| Δημόσιο, Τ.Α, ΟΓΑ κ.λ.π. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ανεργία  ΟΑΕΔ | Πατέρας(δελτίο ανεργίας) |  |  |
| Μητέρα(δελτίο ανεργίας) |  |  |
| Πατέρας(τακτικό επίδομα) |  |  |
| Μητέρα((τακτικό επίδομα) |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ♦Δικαιούχοι των παροχών ΟΑΕΔ και οι δύο(2) γονείς |  |  |
| Πατέρας ΑΜΕΑ με αναπηρία 67% και άνω |  |  |
| Μητέρα ΑΜΕΑ με αναπηρία 67% και άνω |  |  |
| Οικογένεια με παιδί ΑΜΕΑ |  |  |
| Παιδί ορφανό ή Μονογονεϊκή Οικογένεια |  |  |
| Παιδί διαζευγμένων γονέων |  |  |
| Παιδί με γονέα Στρατευμένο |  |  |
| Ανήλικα παιδιά στην οικογένεια |  |  |
| Επανεγγραφή |  |  |
| Αδελφός/φή που ήδη φιλοξενείται στον ΒΝΣ |  |  |

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την επανεγγραφή/εγγραφή του παιδιού μου στον

Βρεφονηπιακό Σταθμό ΟΑΕΔ, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στη σχετική Πρόσκληση

Ενδιαφέροντος που αφορά το σχολικό έτος 2014-2015.

Με την παρούσα έλαβα γνώση των όρων της Πρόσκλησης τους οποίους δέχομαι ανεπιφύλακτα και δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που συμπληρώνω και καταθέτω με τα συνημμένα δικαιολογητικά, είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 τουΝ. 1599/1986.

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης, ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

ΑΘΗΝΑ 2014

Ο ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

\* Οι εργαζόμενοι με σχέση εξαρτημένης εργασίας ιδιωτικού δικαίου που έχουν κατά το προηγούμενο της έναρξης του προγράμματος ημερολογιακό έτος 50 ημέρες στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρ. 3 του ν.678/1977, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει (συνεισπραττόμενη με τις εισφορές υπέρ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εισφορά 0,35%)

Οι γκρίζες περιοχές συμπληρώνονται από την Υπηρεσία

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

* Ημερομηνία γέννησης:...
* Βάρος σώματος:....
* Χρόνιο νόσημα:
* Αλλεργικές εκδηλώσεις(Φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):
* Ανάπτυξη:

Έλλειψη G6PD ΝΑΙ ΟΧΙ

Επεισόδιο σπασμών ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι,

αιτία:

* Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει
* Αλλες

παρατηρήσεις:

Ο/Η

είναι πλήρως \*εμβολιασμένος/νη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ημερομηνία

' Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή-σφραγίδα)

\*Εμβόλια: Φωτοτυπία σελ. Βιβλιαρίου Υγείας