

ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

Ονοματεπώνυμο Ασφαλιζόμενου

Αριθμός Ταυτότητας Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Καθημερινά καθήκοντα στην εταιρεία / οργανισμό

.....

.....

Μηνιαίο Ακαθάριστο Εισόδημα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ονοματεπώνυμο Εργοδότη / Επιχείρησης

Είδος Επιχείρησης

Διεύθυνση Εργοδότη

..... Τηλέφωνο Εργοδότη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πότε αναγκάστηκε ο Ασφαλισμένος να εγκαταλείψει τα καθήκοντα του (ακριβής ημερομηνία);

.....

Πότε επέστρεψε στην εργασία του;

☐ Μερικώς (ακριβής ημερομηνία)☐ Πλήρως (ακριβής ημερομηνία)**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Παρακαλώ αναφέρετε τον λόγο απουσίας του ασφαλισμένου από την εργασία του

☐ Ατύχημα κατά τις ώρες εργασίας ☐ Ατύχημα εκτός των ωρών εργασίας ☐ Ασθένεια

Παρακαλώ καταγράψετε τη διάγνωση του Ιατρικού Πιστοποιητικού που σας έχει προσκομιστεί για να δικαιολογήσει την απουσία.....

.....

Ονοματεπώνυμο ιατρού που έχει παραχωρήσει την άδεια ασθενείας

Ειδικότητα Ιατρού

Διεύθυνση Ιατρού

..... Τηλέφωνο Ιατρού

Ήταν ο τραυματισμός ή η ασθένεια του Ασφαλισμένου η μόνη αιτία της απουσίας του από την εργασία, κατά την αναφερόμενη περίοδο; Αν **Όχι**, παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομερώς:

.....

.....

Παρακαλούμε καταγράψετε πιο κάτω τις ημερομηνίες απουσίας λόγω υγείας (ασθένεια ή ατύχημα) κατά τους τελευταίους 24 μήνες:

Από Μέχρι
Λόγος/Αιτία

Από Μέχρι
Λόγος/Αιτία

Από Μέχρι
Λόγος/Αιτία

Από Μέχρι
Λόγος/Αιτία

Από Μέχρι
Λόγος/Αιτία

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω και πιστοποιώ, ως ο εργοδότης του πιο πάνω ασφαλιζόμενου, ότι όσα έχουν απαντηθεί στο παρόν έντυπο είναι ορθά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου περί Ψευδών Δηλώσεων ή Απόκρυψης στοιχείων.

Ονοματεπώνυμο Υπογράφοντος

Ιδιότητα Υπογράφοντος

Ημερομηνία Υπογραφή και Σφραγίδα