

**ΔΗΔΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ 400 ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΧΗΡΩΝ ΚΑΙ ΤΕΚΝΩΝ
ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΙΑΞΗΣ**

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου:
Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Αρ. Ταυτότητας:
Θέση:
Υπουργείο/Τμήμα/Γραφείο:
Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Γενικό Λογιστή της Δημοκρατίας

(μέσω.....)

Θέμα: Συμπλήρωση 400 μηνιαίων εισφορών στο ταμείο Χηρών και Τέκνων

Επιθυμώ ν' αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι την //

θα έχω / έχω συμπληρώσει την καταβολή 400 μηνιαίων εισφορών στο Ταμείο Χηρών και Τέκνων για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης στη χήρα/χήρο και παρακαλώ όπως **τερματίσετε την αποκοπή** τέτοιων εισφορών από το μισθό μου. .

Επίσης, σας πληροφορώ ότι η ημερομηνία πρόσληψης / εργοδότησης μου ως Ημερομίσθιος/Ωρομίσθιος/Μόνιμος Υπάλληλος είναι η //

Υπογραφή Υπαλλήλου **Ημερομηνία:**

Με βάση τα στοιχεία υπηρεσίας του πιο πάνω υπαλλήλου, που υπάρχουν στον προσωπικό του/της φάκελο, βεβαιώνω την ορθότητα της δήλωσης αυτής, ως προς την καταβολή 400 μηνιαίων εισφορών στο Ταμείο Χηρών και Τέκνων, για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης στη/στο χήρα/χήρο, περιλαμβανομένων και τυχόν εισφορών που επέλεξε να καταβάλει για αναγνώριση προηγούμενης υπηρεσίας χωρίς εισφορές.

Υπογραφή Διευθυντή Τμήματος

Ημερομηνία:

.....