

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ 400 ΜΗΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΜΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου:

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Αρ. Ταυτότητας:

Θέση:

Υπουργείο/Τμήμα/Γραφείο:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Γενικό Λογιστή της Δημοκρατίας
(μέσω**Θέμα: Συμπλήρωση 400 μηνών συντάξιμης Υπηρεσίας**

Επιθυμώ ν' αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι την ... / /..... θα έχω / έχω συμπληρώσει 400 μήνες συντάξιμης υπηρεσίας σύμφωνα με τον ακόλουθο Νόμο.

Παρακαλώ επιλέξτε το σχετικό νόμο :

α) Ο Περί Συντάξεως Νόμος (Ν.97(Ι)/97)

ή

β) Ο περί Επαγγελματικού Σχεδίου Συνταξιοδοτικών Ωφελημάτων των Υπαλλήλων της Κρατικής Υπηρεσίας και του Ευρύτερου Δημόσιου Τομέα περιλαμβανομένων και των Αρχών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Διατάξεις Γενικής Εφαρμογής) Νόμος του 2022) (Ν.210(Ι) / 2022)

Γι' αυτό παρακαλώ όπως, από την προαναφερόμενη ημερομηνία, **αρχίσετε να μου αποκόπτετε την επιπρόσθετη εισφορά**, που έχω υποχρέωση να καταβάλλω, στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύψους **4,35%** (σύνολο **8,8%**) επί των ασφαλιστέων μου αποδοχών.

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 φάκελο, βεβαιώνω την ορθότητα της δήλωσης αυτής ως προς τη συμπλήρωση συντάξιμης υπηρεσίας 400 μηνών, ώστε ν' αρχίσει να του/της αποκόπτεται η υποχρεωτική εισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Υπογραφή Διευθυντή Ημερομηνία:.....