

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ 400 ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΧΗΡΩΝ ΚΑΙ ΤΕΚΝΩΝ
ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου:

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Αρ. Ταυτότητας:

Θέση:

Υπουργείο/Τμήμα/Γραφείο:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Γενική Λογίστρια

(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 ημερ. 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: