

Πρόεδρο
Σχολικής Εφορείας/Συνδέσμου Γονέων Ειδικού Σχολείου

.....

ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΑ ΣΥΝΤΕΧΝΙΑΚΑ ΤΑΜΕΙΑ
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο/Η υποφαινόμενος/η,
έχω συμπληρώσει δωδεκάμηνη υπηρεσία ως σχολικός/ή βοηθός/συνοδός
για παιδιά με ειδικές ανάγκες και δηλώνω ότι επιθυμώ να ενταχθώ στο
Συντεχνιακό Ταμείο για Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη.

Ημερομηνία:

.....
(Υπογραφή)

Στοιχεία σχολικού/ής βοηθού/συνοδού για παιδιά με ειδικές ανάγκες:

Σχολείο:.....
Όνομα:.....
Α.Κ.Α.:.....
Αρ. Ταυτ.:.....
Διεύθυνση:.....
..... Τ. Κ :

Τηλ. Οικίας:Κινητό: