

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ.....

ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ.....

ΙΔΙΟΤΗΤΑ.....

ΗΜ.ΓΕΝ.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ.....

ΟΔΟΣ.....

ΤΑΧ.ΤΟΜΕΑΣ.....

ΤΗΛ.....

ΚΙΝ.....

**ΑΜ ΤΣΑΥ:**.....

ΘΕΜΑ.....

**ΠΡΟΣ**

ΤΟ ΕΤΑΑ-ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΜΗΤΡΩΟΥ

Κατ' εφαρμογή του αρ. 39 του ν.4331/2015 επιθυμώ την υπαγωγή μου σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία και συγκεκριμένα στην:

1<sup>η</sup>(πρώτη)ασφαλ. κατηγορία 2<sup>η</sup>(δεύτερη)ασφαλ. κατηγορία **από...../...../20.....**

Ενημερώθηκα ότι το δικαίωμα επιλογής κατάταξης σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία χάνεται εάν δεν καταβληθούν εμπρόθεσμα οι τρέχουσες ασφαλιστικές εισφορές καθώς και σε περίπτωση έκπτωσης από καθεστώς ρύθμισης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....

**Ο/Η ΑΙΤ.....****Σημείωση Τμ. Εσόδων και Πρόνοιας**

Δεν υπάρχουν ληξιπρόθεσμες οφειλές ή/και έχει υπαχθεί σε καθεστώς ρύθμισης οφειλών και είναι ενήμερος.

Ημερομηνία.....

Τμ. Εσόδων

Τμ. Πρόνοιας

Δηλώνω ότι δεν έχω ληξιπρόθεσμες οφειλές ή ότι έχω υπαχθεί σε καθεστώς ρύθμισης και είμαι ενήμερος/η

Ο/Η ΔΗΛ.....