

**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/  
Έκτακτος/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:.....

---