|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Α.Τ.Ε. (Τ.Υ.Π.Α.Τ.Ε.)** |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

**ΔΗΛΩΣΗ Νο 1**

**Δηλώνω ότι εργάστηκα στην Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος από……………………έως……………………/ ή και στην Τράπεζα Πειραιώς από ……………………….έως .……………………, αποχώρησα με συνολικό χρόνο υπηρεσίας …………έτη, δεν λαμβάνω σύνταξη και δεν έχω μόνιμη και σταθερή εργασία σε άλλο εργοδότη, ούτε είμαι ελεύθερος ή αυτοαπασχολούμενος επαγγελματίας.**

 **Ημερομηνία:**

**Ο – Η Δηλ.**

**(Υπογραφή)**