

**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