**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΖ. & ΣΥΝΤΑΞ/ΧΩΝ με ΠΑΙΔΙΑ με ΑΝΑΠΗΡΙΑ – ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ**

**(ΠΑΣΕΣΠΑ-ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ)**

**Έτος Ιδρύσεως 1993**

**Κηφισίας 99, Διοικ. Μέγαρο ΟΤΕ**

**Μαρούσι, Τ.Κ 15124**

**Τηλ. 210 6118383, FAX 210 6179862**

**e-mail: [pasespa.omilou.ote@gmail.com](mailto:pasespa.omilou.ote@gmail.com)**



**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΑμεΑ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Στοιχεία Γονέα / Κηδεμόνα/ ΑμεΑ** | Επώνυμο: | **ΠΡΟΣ: ΤΟ ΔΣ ΤΟΥ ΠΑΣΕΣΠΑ -ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ**  Παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή μου ως τακτικού μέλους του Συλλόγου.  Συνημμένα σας υποβάλλω:   1. Φωτοαντίγραφο κατάθεσης 20 € στο Λογαριασμό  **671/747422-95 της Εθνικής Τράπεζας** για την εισφορά μου στο Σύλλογο για το τρέχον έτος. 2. Γνωμάτευση ΚΕΠΑ ή ισχύουσα Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής με το ποσοστό αναπηρίας.   Ημερομηνία / / 20  Ο/Η ΑΙΤ.......    (1) Διαγράφεται το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.  (2) Τα στοιχεία αυτά συμπληρώνονται μόνο όταν υπάρχει και δεύτερο ανάπηρο παιδί. |
| Όνομα: Πατρώνυμο: |
| Εργαζόμενος: |
| Κ.Α.Μ Υπαλλήλου: |
| Οδός/Αριθμός: |
| Συνοικία: |
| Πόλη: Τ.Κ: |
| Τηλεφ. Οικίας, Εργασιας: |
| Αρ. Κινητού: |
| Υπηρεσία: |
| Σύλλογος : |
| e-mail: |
| ΑΦΜ: |
| **Στοιχεία Παιδιού/Παιδιών ΑΜΕΑ** | Επώνυμο παιδιού: |
| Όνομα παιδιού: |
| Όνομα πατρός: |
| Πάθηση: |
| Ημερομηνία Γεννήσεως: |
| Κεφάλαιο Αλληλοβοηθείας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (1) |
| Λογαριασμός Νεότητας: ΝΑΙ/ΟΧΙ (2) |