**ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

|  |
| --- |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΕΜΜΑ:**  |
| **Συμπληρώνεται από τη μαία-μαιευτή** |

**Προσωπικά Στοιχεία**

Επώνυμο: …………………………………………………………………….Όνομα: …………………………………………

Ονοματεπώνυμο πατέρα: ………………………………

Ονοματεπώνυμο μητέρας: ……………………………….

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας: …………………………………Ημερομηνία Εκδόσεως:…………………………..

Εκδούσα Αρχή:………………………………………

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

Κύριο Email : …………………………………………………………………………………………………………………………

Δευτερεύων Email :……………………………………………………………………………………………………………….

Κινητό Τηλέφωνο : ………………………………………………………………………………………………………………..

Τηλέφωνο Κατοικίας : ……………………………………………………………………………………………………………

**Οικονομικά Στοιχεία**

ΑΦΜ:……………………………………………………………….ΔΟΥ:……………………………………………………………

**Διεύθυνση**

Οδός:…………………………………………………………………Αριθμός:…………………………………………………….

Περιοχή:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Πόλη………………………………………………………….Νομός:…………………………………………ΤΚ:………………..

**Μεταπτυχιακοί τίτλοι**

Τίτλος Πτυχίου :………………………………………………………………………………………………………………………

Ίδρυμα :…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Τμήμα / Σχολή :……………………………………………………………………………………………………………………….

Ημερομηνία Κτήσης :………………………………………………………………………………………………………………

**Λοιποί τίτλοι:**

Τίτλος Πτυχίου :………………………………………………………………………………………………………………………

Ίδρυμα :…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Τμήμα / Σχολή :……………………………………………………………………………………………………………………….

Ημερομηνία Κτήσης :………………………………………………………………………………………………………………

**Εργασιακά Δεδομένα:**

Κατάσταση:

Μισθωτός  Ελεύθερος Επαγγελματίας  Άνεργος  Συνταξιούχος  Άλλο 

Φορέας: Δημόσιος  Ιδιωτικός 

Τόπος επαγγελματικής εγκατάστασης:

Νοσοκομείο:……………………………………………………………………………………………………………………………

Μαιευτήριο:……………………………………………………………………………………………………………………………

Κέντρο Υγείας:…………………………………………………………………………………………………………………………

Κλινική:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ιατρείο:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Εκπαίδευση:……………………………………………………………………………………………………………………………

Μ.Κ.Ο. :…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης:……………………………………………………………………………………

Κέντρο προετοιμασίας Γονεϊκότητας:……………………………………………………………………………………..

Διαγνωστικό κέντρο:……………………………………………………………………………………………………………….

Άλλο:………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Διεύθυνση Εργασίας:**

Οδός:…………………………………………………………………Αριθμός:…………………………………………………….

Περιοχή:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Πόλη………………………………………………………….Νομός:…………………………………………ΤΚ:………………..

**Περίοδοι Ανεργίας:**

Από……………………………………………………εως:……………………………………………………………………

Από……………………………………………………εως:……………………………………………………………………

Από……………………………………………………εως:……………………………………………………………………

**Στοιχεία Ασφάλισης:**

ΙΚΑ  ΤΕΒΕ  ΕΦΚΑ  Άλλο 

ΑΜΚΑ: ……………………………………………………………………………………………………..

Το σύνολο των **προσωπικών δεδομένων** που συλλέγονται εντός του παρόντος εντύπου επεξεργάζονται νομίμως στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του ΣΕΜΜΑ.

 …../……/20....

 Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ