

**ΑΙΤΗΣΗ
 ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΕΙΣ ΔΙΠΛΟΥΝ)**

Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον ασφαλισμένο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του και θεωρείται Υπεύθυνη Δήλωση (Ν. 1599/1986, άρθρο 8 παρ. 4). Οι ασφαλισμένοι που έχουν εγγραφεί στην Ηλεκτρονική Υπηρεσία Πιστοποίησης της ιστοσελίδας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (www.ika.gr) έχουν τη δυνατότητα να υποβάλουν και να παρακολουθούν τη διεκπεραίωση της αίτησης αυτής ηλεκτρονικά.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:	*ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	*ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
-------------------	-----------------------------	------------------

*Συμπληρώνεται από την υπηρεσία.

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η				
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(ΟΔΟΣ)		(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ				
<p>Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας ή και να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.</p> <p>ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.</p>				
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	Α.Φ.Μ.	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(ΟΔΟΣ)		(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

2.1 ΧΡΟΝΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ							
ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΗΜΕΡΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (σημειώστε με X)	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	ΕΛΛΑΔΑ						
2.							
3.							
4.							
5.							
ΣΥΝΟΛΟ							
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε; (σημειώστε με X στην κατάλληλη απάντηση)						ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.2 Αν ΟΧΙ , πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)						/	/
2.1.3 Αν έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό (ανακεφαλαίωση) του χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το Υποκατάστημα και τον αριθμό πρωτοκόλλου.						ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.4 Έχει εκδοθεί Απόφαση Διευθυντή για την ανακεφαλαίωση του χρόνου ασφάλισης;							

2.2. ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ							
Εάν επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους, συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο							
2.2.1 ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ			2.2.2 ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ				
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ			ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ			Στρατολογικό Γραφείο: _____				
ΚΥΗΣΗ/ΛΟΧΕΙΑ			ΣΠΟΥΔΕΣ				
*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27.6.1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, λόγω θρησκευτικών ή ιδεολογικών πεποιθήσεων			ΜΑΘΗΤΕΙΑ				
			ΤΕΚΝΑ				
			ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΤΕΚΝΩΝ				
			ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ				
			ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ				
			ΑΠΕΡΓΙΑ				
			ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ*				
3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ							
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος ή εκκρεμεί συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε με X το αντίστοιχο πεδίο:							
ΦΟΡΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ			ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
							/
							/
							/
3.2 Αν α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε/εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε ή β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
3.3 Εάν είστε συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα καθώς και του Δημοσίου ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας ή είστε ασφαλισμένος σε άλλο φορέα, επιθυμείτε την εξαίρεσή σας από την ασφαλιστική κράτηση για τον κλάδο υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εφόσον η κράτηση αυτή γίνεται από τους άλλους φορείς ;							
						ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σημ.: 1. Εάν είστε ήδη συνταξιούχος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η κράτηση για τον κλάδο υγείας γίνεται υποχρεωτικά από το μεγαλύτερο ποσό σύνταξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.							
2. Η ανωτέρω επιλογή σας δύναται να μεταβληθεί μετά την πάροδο διετίας.							
4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ							
4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 38 του Ν. 3996/2011 περί χορήγησης προσωρινής σύνταξης, εάν χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με βάση αναληθή ή ανακριβή δήλωση στοιχείων, ο δηλών υποχρεούται να επιστρέψει εντόκως κάθε ποσό σύνταξης που έλαβε αχρεωστήτως. Στην περίπτωση που χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη με ποσό μεγαλύτερο της οριστικής, οι διαφορές ποσών πρέπει να επιστραφούν από τον ασφαλισμένο με παρακράτηση του ¼ από τη μηνιαία σύνταξή του, μέχρι την εξόφληση.							
Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, συμπληρώστε το διπλανό πεδίο με X. <input type="checkbox"/>							
4.2 Συμπληρώστε παραπλεύρως το έτος ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗΣ του συνταξιοδοτικού δικαιώματος.							
4.3 Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;							
						ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.4 Επιθυμείτε να λάβετε μειωμένη σύνταξη στην περίπτωση που δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης;							
4.5 Επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε με τις διατάξεις του Κ.Β.Α.Ε. (Καν. Βαρέων & Ανθ. Επαγγελματιών);							
4.6 Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιοϋπαλληλικές διατάξεις;							
4.7 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων;							
ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας.							
4.8 Εάν επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε ως γονέας/αδελφός/σύζυγος αναπήρου, συμπληρώστε παραπλεύρως με X την απάντηση ΝΑΙ και στον πίνακα 5 τα στοιχεία του προστατευόμενου προσώπου.							
4.9 Παρουσιάζετε κάποια από τις παθήσεις**, για τις οποίες χορηγείται πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος με ειδικές προϋποθέσεις;							
4.10 Επιθυμείτε να χορηγηθεί το επίδομα απόλυτης αναπηρίας στη σύνταξή σας, εφόσον είστε τυφλός/-ή;							
4.11 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;							

** Τύφλωση, παρα-/τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίνωση, μόνιμες ορθοκυστικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων.

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (προστατευόμενα πρόσωπα)

5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, άγαμα τέκνα και άγαμο/-η ανάπηρο/-η αδελφό/-ή Προσοχή: Ο Α.Μ.Κ.Α. και ο Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του/της συζύγου και των άλλων προσώπων, καθώς και ο Α.Φ.Μ. του/της συζύγου συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

	ΣΥΖΥΓΟΣ		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		ΑΝΑΠΗΡΟΣ ΑΔΕΛΦΟΣ/-Η	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ												
Α.Μ.Κ.Α.												
Α.Φ.Μ.												
Δ.Ο.Υ.												
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ* ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ/ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**												
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ΙΕΚ*** (ολογράφως)												

5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω; (σημειώστε με Χ)

ΝΑΙ ΟΧΙ

* Η ασφάλιση στον Ο.Γ.Α. θεωρείται εργασία

** Συμπληρώνεται εάν έχετε ζητήσει τη χορήγηση του εξωιδρυματικού επιδόματος στον πίνακα 4.11

*** Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας.

6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στην περίπτωση που μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία μου χορηγούνται παροχές (γάμος, διαζύγιο, εργασία, συνταξιοδότηση, λήξη σπουδών, θάνατος, διακοπή ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας από άλλο φορέα), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.

7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Σημείωση: Εάν έχετε συμπληρώσει τον πίνακα 1.2, απαιτείται θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής σας.

8. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (συμπληρώνεται από την υπηρεσία)		
8.1 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ	Συνημμ.	Ελλείπ.
8.1.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου		
8.1.2 Για τους αλλοδαπούς (τρίτων χωρών-εκτός Σένγκεν) που κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα, φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής		
8.1.3 Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου Τράπεζας ή ΕΛ.ΤΑ. με τον αριθμό λογαριασμού IBAN (και BIC για κατοίκους χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης)		
8.1.4 Όλα τα πρωτότυπα ασφαλιστικά στοιχεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τυχόν άλλων φορέων ασφάλισης		
8.1.5 Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.		
8.1.6 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 2.1.4, Απόφαση Διευθυντή		
8.2 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (πίνακας 5)		
8.2.1 Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των προστατευόμενων προσώπων. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή Πιστοποιητικό Γέννησης* εάν δεν έχει εκδοθεί αστυνομική ταυτότητα. Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής και τους αλλοδαπούς)		
8.2.2 Φωτοαντίγραφο διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για την έκδοση άδειας παραμονής (για τα προστατευόμενα πρόσωπα που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών, τα οποία κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα)		
8.2.3 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης*		
8.2.4 Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου* ή Πιστοποιητικού Γάμου		
8.2.5 Πιστοποιητικό σπουδών* για ενήλικα άγαμα παιδιά μέχρι 24 ετών, που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό σε ανώτερη ή ανώτατη Σχολή ή ΙΕΚ (*μόνο για σχολές της ημεδαπής)		
8.2.6 Αμετάκλητη δικαστική απόφαση για τον ορισμό του αιτούντος ως οριστικού δικαστικού συμπαραστάτη ανάπηρου αδελφού/-ής (για αδελφούς αναπήρων)		
8.2.7 Δικαστική απόφαση περί λύσης γάμου (για διαζευγμένους γονείς ανάπηρων ανήλικων τέκνων)		
8.3 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ		
8.3.1 Ασφαλιστικός αριθμός ασφαλιστικού φορέα εξωτερικού		
8.3.2 Στοιχεία ασφάλισης ξένου φορέα		
8.4 ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ		
8.4.1 Βεβαίωση ΟΑΕΔ (για επιδότηση λόγω ανεργίας)		
8.4.2 Ενιαίου τύπου πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης* (για αναγνώριση χρόνου στρατού). Απόφαση Αναγνώρισης (εάν έχει αναγνωριστεί)*		
8.4.3 Δικαιολογητικά αναγνώρισης των υπόλοιπων πλασματικών χρόνων του πίνακα 2.2.2 (χορηγούνται από τις υπηρεσίες Εσόδων του υποκαταστήματος των ασφαλισμένων)		
8.5 ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΛΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗ κ.λ.π. (πίνακας 3)		
8.5.1 Απόφαση συνταξιοδότησης		
8.5.2 Βεβαίωση άλλου αρμόδιου φορέα περί ασφαλιστικής κάλυψης κλάδου υγείας		
8.6 ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (πίνακας 4)		
8.6.1 Δήλωση προτίμησης διατάξεων (Σ9) σε 3 αντίτυπα και Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών* (εάν ο εργοδότης σας είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με κοινές ή δημοσιούπαλληλικές διατάξεις)		
8.6.2 Επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης, εάν έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων		
8.6.3 Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση 4.11, Υπεύθυνη Δήλωση ότι το εξωιδρυματικό επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι θα ενημερώσετε αμέσως την υπηρεσία πληρωμών συντάξεων εάν χορηγηθεί στο μέλλον ή και σε περίπτωση νοσηλείας με δημόσιες δαπάνες		
8.7 ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		

Ο ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΛΑΒΕ ΚΑΙ ΔΙΕΝΗΡΓΗΣΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ _____

*Αυτεπάγγελτη αναζήτηση

Τα φωτοαντίγραφα των δικαιολογητικών επικυρώνονται από την υπηρεσία με την επίδειξη του πρωτοτύπου.