



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα, 30 Δεκεμβρίου 2016

-----  
ΤΑΥΤΕΚΩ  
ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΤΡΑΠΕΖΩΝ  
ΠΙΣΤΕΩΣ-ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΡ. ΕΞΠΡΕΣ  
Ν.Π.Δ.Δ.  
Χ Α Ρ. Τ Ρ Ι Κ Ο Υ Π Η 6 -8-10  
106 79 ΑΘΗΝΑ  
[www.taapt.gr](http://www.taapt.gr)

-----  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 210-3606240  
FAX : 210-3605545

Πληροφορίες : ΡΙΖΟΥ ΙΩΑΝΝΑ  
ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΣ ΑΝΤΩΝΗΣ  
ΓΟΥΡΓΟΥΡΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

**Ανακοίνωση Νο : 217α**

**ΘΕΜΑ : ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΔΕΙΩΝ ΤΟΜΕΑ  
ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ**

Συμπληρωματικά της ανακοίνωσης 217 /17.09.2015, όλοι όσοι αιτούνται επιδότηση αναρρωτικής άδειας / τοκετού θα πρέπει να υποβάλλουν, μαζί με τα σχετικά δικαιολογητικά την συνημμένη αίτηση, συμπληρώνοντας υποχρεωτικά όλα τα πεδία αυτής (αίτησης).

ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ

Συνημμένα: Μία (1) αίτηση.

**Α Ι Τ Η Σ Η**  
**ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**  
**ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ**  
**ή**  
**ΤΟΚΕΤΟΥ (Κύησης – Λοχείας)**

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ** .....

**ΤΡΑΠΕΖΑ** .....

**ΚΑΤ/ΜΑ** .....

**Διευθ. Εργασίας**  
**Οδός + Αριθ.** .....

**Τ.Κ. - Περιοχή** .....

**ΠΟΛΗ** .....

**Αριθμοί Μητρώων:**  
**α) ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ** ..... &

**β) ΤΡΑΠΕΖΑΣ** .....

**ΑΜΚΑ** .....

**Τηλ. Επικοινωνίας:**  
**α) Εργασίας** .....

**β) Κατοικίας** .....

**γ) Κινητό** .....

**Διευθ. Κατοικίας**  
**Οδός + Αριθ.** .....

**Τ.Κ. - Περιοχή** .....

**ΠΟΛΗ** .....

**Προς**  
**Ε.Φ.Κ.Α.**

Περιφερειακή Διεύθυνση Ασφάλισης &  
Παροχών Υπαλλήλων Τραπεζών &  
Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας

**Τ.Α.Α.Π.Τ.Π.Γ.Α.Ε.**

ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΤΡΑΠΕΖΩΝ ΠΙΣΤΕΩΣ-ΓΕΝΙΚΗΣ & ΑΜΕΡ. ΕΞΠΡΕΣ  
Ν.Π.Δ.Δ.

ΧΑΡ. ΤΡΙΚΟΥΠΗ 6-8-10, 106 79 ΑΘΗΝΑ

Κύριοι,

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την επιδότηση

**ΑΔΕΙΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ**  
**(Κύησης – Λοχείας)**

**ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**

**ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

που μου έχει χορηγηθεί για το χρονικό διάστημα  
**από** ...../...../20..... **μέχρι** ...../...../20..... &  
σας υποβάλλω συνημμένα τα κάτωθι  
απαραίτητα δικαιολογητικά (1 + 2).

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ** .....

**Αθήνα,** ...../...../20.....

Συν/να: 1) ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ – ΑΔΕΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

2) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (Για την ταυτοποίηση των στοιχείων)