



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗΣ ΟΓΑ

Τοπ./Δημ. Κοιν.

Νομού

Κωδ. Τοπ./Δημ. Κοιν.

Αρ. Πρωτ.

Ημ. Μην. Έτος

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

Επώνυμο Όνομα Ον. Πατέρα

Α.Μ. ασφαλισμένου* _____ Α.Μ. συνταξιούχου* _____

Α.Μ.Κ.Α. _____ Α.Φ.Μ. _____

Τηλ. _____

(* Σε περίπτωση αναγνώρισης χρόνου δημόσιας υπηρεσίας από μέλος οικογένειας θανόντος ασφαλισμένου ή συνταξιούχου, αναγράφεται οι Α.Μ. και Α.Μ.Κ.Α. του θανόντος)

2. ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

1. Επιθυμώ να αναγνωρίσω το σύνολο / μήνες χρόνου της δημόσιας υπηρεσίας μου.
2. Το ποσό της εξαγοράς που θα προκύψει θα το εξοφλήσω εφάπαξ (με έκπτωση 10%).
3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι: α) ο υπό αναγνώριση χρόνος δεν έχει αναγνωρισθεί ως συντάξιμος από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης, β) η συνημμένη Πράξη / Βεβαίωση του αρμόδιου συνταξιοδοτικού φορέα είναι οριστική και γ) έλαβα γνώση ότι εφόσον μετά την έκδοση της αναγνωριστικής απόφασης περιέλθει σε γνώση του ΟΓΑ, ότι ο χρόνος δημόσιας υπηρεσίας μου έχει αναγνωρισθεί και από άλλο Φορέα Κύριας Ασφάλισης ή το Δημόσιο, η αναγνωριστική απόφαση θα ανακληθεί. Έχω λάβει γνώση ότι στην περίπτωση αυτή, τυχόν καταβληθείσες εισφορές για την εξαγορά, δεν θα μου επιστραφούν.
4. Με την παρούσα αίτησή μου υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά ¹:
 - Πιστοποιητικό της αρμόδιας Υπηρεσίας _____
 - Πράξη ή Βεβαίωση του αρμόδιου φορέα συνταξιοδότησης _____
 - Καταλογιστική Πράξη (σε περίπτωση επιστροφής παροχών) _____
 - Ληξιαρχική Πράξη θανάτου * _____
 - Πιστοποιητικό πλησιεστέρων συγγενών * _____

(* Σε περίπτωση αναγνώρισης χρόνου δημόσιας υπηρεσίας από μέλος οικογένειας θανόντος ασφαλισμένου ή συνταξιούχου)

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο / Η αιτ.....

(σφραγίδα – υπογραφή)

(υπογραφή)

¹ Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αναφέρονται αναλυτικά στη δεύτερη όψη του εντύπου.