



ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΙΑΤΡΩΝ (ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΜΑΤΑ) ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 1999 & 2011
ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 16

(σφραγίδα)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Προσοχή:

1. Η αίτηση αυτή υποβάλλεται σε περίπτωση που η ανικανότητα **ΔΕΝ** είναι αποτέλεσμα ατυχήματος. Για ατύχημα υποβάλλεται η αίτηση στο ΕΝΤΥΠΟ Τ.Σ.Ι.Ο. /004.
2. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημερομηνία του συμβάντος.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:.....
Διεύθυνση:.....
.....Ταχ. Τομέας:.....Πόλη:.....
Κινητό τηλ..... σταθερό τηλ..... Email
Ημερομηνία Γεννήσεως:..... Αρ. Ταυτότητας/ εγγραφής αλλοδαπού:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Ειδικότητα:.....
Διεύθυνση απασχόλησης:.....
.....Ταχ. Τομέας:.....
Ημερομηνία από την οποία κατέστητε μόνιμα ανίκανος για άσκηση της ιατρικής/οδοντιατρικής ή της ειδικότητας σας:
.....
Αν έχετε νοσηλευθεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρατε:
(α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου ή κλινικής:.....
..... Αρ. Τηλεφώνου:.....

(β) Περίοδος νοσηλείας: από..... μέχρι.....
Ονόματα και διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολούθησαν:

Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση
.....	
.....	
.....	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι παροχή λόγω ανικανότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Εξουσιοδοτώ / δεν εξουσιοδοτώ τον Ιατρικό σύμβουλο του ΤΣΙΟ να ζητήσει από τους γιατρούς που με παρακολούθησαν, οποιαδήποτε συμπληρωματική πληροφορία σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την ικανότητα μου για εργασία.

Ημερομηνία..... Υπογραφή Αιτητή.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ

Μαζί με την αίτηση να υποβληθούν τα ακόλουθα:

1. Δήλωση Απαιτητή (Το έντυπο πρέπει να πιστοποιηθεί από πιστοποιών υπάλληλο)
2. Δήλωση Εργοδότη (εάν υπάρχει εργοδότης) -Το έντυπο πρέπει να πιστοποιηθεί από πιστοποιών υπάλληλο
3. Ιατρική έκθεση από τον θεράποντα ιατρό (πρωτότυπη)

ΕΝΤΥΠΟ ΤΣΙΟ/002

4. Αποτελέσματα ακτινολογικών, εργαστηριακών και άλλων παρακλινικών εξετάσεων (πρωτότυπα)
5. Πιστοποιητικό γεννήσεως αιτητή (πρωτότυπο)
6. Βεβαίωση οικείου Ιατρικού Συλλόγου ότι ο αιτητής ήταν μέλος του, και ασκούσε ιατρική καθ' όλη τη διάρκεια της υποχρέωσης του ως εισφορέα. (πρωτότυπη)
7. Φωτοαντίγραφο πολιτικής ταυτότητας

ΜΕΡΟΣ IV – ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

Ο αιτητής εξετάστηκε από Ιατρικό Συμβούλιο στις

Απόφαση Ιατρικού Συμβουλίου.....

.....

.....

.....

Η αίτηση εγκρίθηκε / απορρίφθηκε γιατί

.....

.....

.....

Πληρωτέο ποσό €.....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφές:..... Πρόεδρος

..... Αντιπρόεδρος

Βεβαιώνεται ότι το ΤΣΙΟ θα χρησιμοποιεί τα πιο πάνω προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με τις πρόνοιες του νόμου περί επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα