



ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΙΑΤΡΩΝ (ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΜΑΤΑ) ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 1999 & 2011
ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 17

(σφραγίδα)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Προσοχή:

1. Η αίτηση αυτή υποβάλλεται σε περίπτωση που η ανικανότητα **ΕΙΝΑΙ** αποτέλεσμα ατυχήματος. Για άλλες αιτίες υποβάλλεται η αίτηση στο ΕΝΤΥΠΟ Τ.Σ.Ι.Ο. /002
2. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημέρα του ατυχήματος.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:.....
Διεύθυνση:.....
.....Ταχ. Τομέας:.....
Τηλ.:..... Κινητό:..... email.....
Ημερομηνία Γεννήσεως:..... Αρ. Ταυτότητας/ εγγραφής αλλοδαπού:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Ειδικότητα:.....
Διεύθυνση απασχόλησης:.....
.....Ταχ. Τομέας:.....
Ημερομηνία, ώρα και αίτια του ατυχήματος.
.....
.....
Αναφέρατε τα ονόματα και τις διευθύνσεις ΔΥΟ μαρτύρων του ατυχήματος
.....
.....
Αν έχετε νοσηλευθεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε:
(α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου ή κλινικής:..... Αρ. Τηλεφώνου:.....
(β) Περίοδος νοσηλείας: από..... μέχρι.....
Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολούθησαν:
Ονοματεπώνυμο Διεύθυνση
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι παροχή λόγω αναπηρίας 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)
4. Αποτελέσματα ακτινολογικών, εργαστηριακών και άλλων παρακλινικών εξετάσεων (πρωτότυπα)
5. Πιστοποιητικό γεννήσεως αιτητή (πρωτότυπο)
6. Βεβαίωση οικείου Ιατρικού/Οδοντιατρικού Συλλόγου ότι ο αιτητής ήταν μέλος του, και ασκούσε ιατρική/οδοντιατρική.
7. Φωτοαντίγραφο πολιτικής ταυτότητας

ΜΕΡΟΣ IV – ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

Ο αιτητής εξετάστηκε από Ιατρικό Συμβούλιο στις	
Περιγραφή Αναπηρίας.....	
Βαθμός αναπηρίας:.....	
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