

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΦΚΑ**  
**(άρθρο 20 Ν. 4488/17)**

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Ε.Φ.Κ.Α από τον/την ασφαλισμένο/η ή από νόμιμο εκπρόσωπό του/της.

<b>ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ε.Φ.Κ.Α.:</b>	<b>ΑΡ. ΜΗΤΡ. Ε.Φ.Κ.Α.:</b>																
	<b>ΑΜΚΑ:</b>																

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦ/ΝΟΥ/ΗΣ** (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

<b>Α.Φ.Μ</b>																					
<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>										<b>ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>											
ΕΠΩΝΥΜΟ										ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ				ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ			
Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ																					
Β) ΣΗΜΕΡΙΝΟ																					
<b>ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.</b>					<b>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ</b>													<b>ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ</b>			

ΠΑΛΑΙΟΣ/Α ΑΣΦ/ΝΟΣ/Η      ΝΕΟΣ/Α ΑΣΦ/ΝΟΣ/Η      Να διαγραφεί το μη ισχύον

<b>ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ *</b>													<u>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ</u>				<u>ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ</u>			
1. Βεβαίωση διακοπής εργασιών Δ.Ο.Υ.													<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
2. Βεβαίωση διαγραφής από το Τ.Ε.Ε. ή τον οικείο δικηγορικό σύλλογο													<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
3. Υ.Δ. περί μη έναρξης εργασιών ή μη συμμετοχής σε εταιρεία													<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
4.													<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

**Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>					<b>ΟΝΟΜΑ</b>					<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>					<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>									
ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ					<b>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ</b>															ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ				

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ \***

ΤΜΗΜΑ Ε.Φ.Κ.Α. ....														
<b>ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ</b>										<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>				
Κατ/κε στον Η/Υ : .....										Αριθμός.....				
Όνοματεπ/μο : .....										Ημ/νία Παραλαβής.....				
Υπογραφή .....										Συνημμένα.....				

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....

Ο/Η Αιτ.....