

**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>ΟΝΟΜΑ</b>				<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>				<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>					
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

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ \***

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ

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

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ \***

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

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ημ/νία:...../...../.....

Ο/Η Αιτ.....