



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
**ΙΚΑ** ΙΔΡΥΜΑ  
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
 ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΜΕΣΑ  
 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ	
ΚΩΔ.	ΟΝΟΜΑΣΙΑ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Α.Μ.Κ.Α.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ΕΠΩΝΥΜΟ	<input type="text"/>		
ΟΝΟΜΑ	<input type="text"/>		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	<input type="text"/>		
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	<input type="text"/>		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	...../...../.....	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>	ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΤΥΠΟΣ	<input type="text"/>	ΑΡΙΘΜΟΣ	<input type="text"/>
---------------------	-------	----------------------	---------	----------------------

Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (κατά την απογραφή)	Α.Μ.Ε.
	<input type="text"/>
	ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ .....
	ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ .....

\* Συμπληρώνονται υποχρεωτικά όλα τα πεδία

Δηλώνεται υπεύθυνα  
 η ορθότητα των ανωτέρω στοιχείων  
 (ο εργοδότης)

(Υπογραφή)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ...../...../20.....  
 ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ

(Σφραγίδα - Υπογραφή)

## ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Με τη διαδικασία αυτή παρέχεται η δυνατότητα στους εργοδότες να προβούν στην απογραφή προσώπων που απασχόλησαν και στη συνέχεια απεχώρησαν οικειοθελώς από την εργασία τους ή καταγγέλθηκε η σύμβαση εργασίας τους.

### Τόπος απογραφής – αρμόδιο υποκατάστημα:

Η απογραφή πραγματοποιείται στο Τμήμα Μητρώου οποιουδήποτε υποκαταστήματος του Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ..

### Διαδικασία:

Η διαδικασία υποστηρίζεται από το έντυπο με τίτλο «**Αίτηση Απογραφής Άμεσα Ασφαλισμένου από Εργοδότη**», το οποίο διατίθεται από τα υποκαταστήματα και την ιστοσελίδα του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ..

Το έντυπο συμπληρώνεται με κεφαλαίους ελληνικούς χαρακτήρες για τους έλληνες πολίτες και λατινικούς για τους αλλοδαπούς.

Κατά την υποβολή του συνοδεύεται με τα εξής δικαιολογητικά (σφραγιστικά):

- αντίγραφο του εντύπου «Αναγγελία Πρόσληψης» (Ε3), που υποβλήθηκε ηλεκτρονικά για τον εργαζόμενο στο Πληροφοριακό Σύστημα «*ΕΡΓΑΝΗ*» του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας,

- αντίγραφο του εντύπου «Αναγγελία Οικειοθελούς Αποχώρησης Μισθωτού» (Ε5) ή «Καταγγελία σύμβασης εργασίας» (Ε6), που ακολούθως υποβλήθηκε για τον ίδιο εργαζόμενο στο Πληροφοριακό Σύστημα «*ΕΡΓΑΝΗ*».

- αντίγραφο οποιουδήποτε επισήμου έγγραφου (π.χ. διαβατήριο, άδεια διαμονής), στο οποίο αναγράφονται με λατινικούς χαρακτήρες τα ατομικά στοιχεία του εργαζόμενου (μόνο για τους αλλοδαπούς εργαζόμενους).

Εάν ο εργαζόμενος είναι ήδη απογεγραμμένος εκδίδεται και παραδίδεται στον εργοδότη προς ενημέρωσή του «*Βεβαίωση απογραφής άμεσα ασφαλισμένου*».

Μετά την ολοκλήρωση της απογραφής ο Αριθμού Μητρώου του ασφαλισμένου γνωστοποιείται στον εργοδότη με την έκδοση και επίδοση «*Βεβαίωσης απογραφής άμεσα ασφαλισμένου*».