



Ο ΠΕΡΙ ΕΤΗΣΙΩΝ ΑΔΕΙΩΝ ΜΕΤ' ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΝΟΜΟΣ
**ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΕΙΣΦΟΡΩΝ**

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Αρ. Μητρώου Εργοδότη: Επάγγελμα ή είδος επιχείρησης:

Όνομα Εργοδότη:

Ημερομηνία από την οποία ζητείται η εξαίρεση:

<u>Διεύθυνση Απασχόλησης</u>	<u>Ταχυδρομική Διεύθυνση</u>
Οδός / Αριθμός:	Οδός / Αριθμός:
Ενορία / Χωριό:	Ενορία / Χωριό:
Επαρχία: Ταχ. Κώδ:	Επαρχία: Ταχ. Κώδ:
Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:	Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

Αριθμός προσώπων που απασχολείτε:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΕΞΑΙΡΕΣΗ

Κατηγορίες Εργοδοτούμενων	Αριθμός ημερών αδειάς που δικαιούνται οι εργοδοτούμενοι με βάση το Σχέδιο του εργοδότη		Αριθμός Εργοδοτούμενων που επηρεάζονται
	Πενθήμερη εβδομάδα εργασίας	Εξαήμερη εβδομάδα εργασίας	
.....			
.....			
.....			
.....			

Ζητώ να μου χορηγηθεί πιστοποιητικό εξαιρέσεως από την υποχρέωση για πληρωμή εισφορών στο Κεντρικό Ταμείο Αδειών για τις πιο πάνω κατηγορίες εργοδοτούμενων, στους οποίους παρέχω ετήσια άδεια με πλήρεις απολαβές όπως φαίνεται απέναντι από κάθε κατηγορία.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "Εργοδότη για Εξαίρεση από την Υποχρέωση Πληρωμής Εισφορών".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης "Εργοδότη για Εξαίρεση από την Υποχρέωση Πληρωμής Εισφορών".
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

και

Σφραγίδα σε περίπτωση νομικών προσώπων:

.....

Όνοματεπώνυμο (Ολογράφως):

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:

.....

Ημερομηνία:

Σε περίπτωση νομικών προσώπων υπογράφει εκπρόσωπος του νομικού προσώπου.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

I. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟ-ΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ:

Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

* Εγκρίνεται από

* Απορρίπτεται.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ημερομηνία καταχώρησης:

Υπογραφή:

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.