



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Κυπριακή Δημοκρατία



Σχέδιο Παροχής Κινήτρων για την Απασχόληση Νέων Ηλικίας 15 μέχρι 29 ετών που βρίσκονται εκτός Απασχόλησης, Εκπαίδευσης ή Κατάρτισης (Not in Education, Employment, or Training - NEETs)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΑ
ΓΙΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΙΑΣ

Διεύθυνση:

Τμήμα Εργασίας

Φορέας Διαχείρισης

Κλήμεντος 9

1061 Λευκωσία

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Μαρία Κυριάκου – 22400828

Γιώτα Ζάκου – 22400966

Παρακαλώ όπως διαβάσετε προσεκτικά τις πιο κάτω οδηγίες πριν προχωρήσετε στη συμπλήρωση των παραστατικών

«Σχέδιο Παροχής Κινήτρων για την Απασχόληση Νέων Ηλικίας 15 μέχρι 29 ετών που βρίσκονται εκτός Απασχόλησης, Εκπαίδευσης ή Κατάρτισης (Not in Education, Employment, or Training - NEETs)»

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΓΙΑ Ο,ΤΙ ΜΑΣ ΣΤΕΛΝΕΤΕ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΡΑΤΑΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΓΙΑ ΕΣΑΣ.

1. Αίτημα Καταβολής Χορηγίας συμπληρωμένο, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**, για αυτοτελώς εργαζόμενους δεν απαιτείται σφραγίδα).
 2. Αναλυτική Κατάσταση των ημερών που εργάστηκε ο εργοδοτούμενος κατά τη διάρκεια των μηνών που καλύπτει το Αίτημα Καταβολής Χορηγίας. Πρέπει να αναφέρονται οι μέρες απουσίας από την εργασία ανεξαρτήτως του λόγου απουσίας (π.χ. ασθένεια, άδεια ανάπαυσης, αδικαιολόγητη απουσία κ.τ.λ.). Οι Αναλυτικές Καταστάσεις θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένες από τον ίδιο τον εργοδοτούμενο, αλλά και το δικαιούχο. (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**)
 3. Εξουσιοδότηση για πληρωμές από το FIMAS, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (σε περίπτωση νομικού προσώπου) (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**) μαζί με αντίγραφο λογαριασμού της τράπεζας όπου παρουσιάζεται ο κάτοχος του λογαριασμού και ο αριθμός IBAN (International Bank Account Number) (**ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ**).
 4. Βεβαίωση από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων που να επιβεβαιώνει πως ο δικαιούχος έχει καταβάλει τις εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι και τον τελευταίο μήνα που απαιτείται η καταβολή της χορηγίας (Έντυπο αρ. Υ.Κ.Α. Β-7 - **ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ**).
 5. Αναλυτική Κατάσταση Μισθοδοσίας του εργοδοτούμενου, από τις Υ.Κ.Α., που να δείχνει τους μισθούς που δηλώθηκαν από το δικαιούχο για την περίοδο που αντιστοιχεί το Αίτημα Καταβολής Χορηγίας (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**).
 6. Υπεύθυνη δήλωση για τυχόν διαφοροποίηση των μονάδων εργασίας (εργατικού δυναμικού), είτε υπάρχει μείωση, είτε δεν υπάρχει μείωση των μονάδων εργασίας, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**) και τις αντίστοιχες επιστολές παραίτησης ή απόλυσης (**ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ**).
 7. Υπεύθυνη Δήλωση για αποφυγή διπλής χρηματοδότησης με υπογραφή και σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**).
- Παρακαλείστε όπως κατά την αποστολή παραστατικών αναγράφετε τον αριθμό του φακέλου σας, ο οποίος σας έχει γνωστοποιηθεί με την απόφαση έγκρισης και αναγράφεται και στη Συμφωνία Δημόσιας Χρηματοδότησης.
 - Τα παραστατικά μπορούν να αποστέλλονται στο Φορέα Διαχείρισης στη Διεύθυνση Τμήμα Εργασίας, Φορέας Διαχείρισης (6ος Όροφος), Κλήμεντος 9, 1061 Λευκωσία ή να παραδίνονται απευθείας στο Αρχείο του Τμήματος Εργασίας (5^{ος} όροφος).

Σημείο 1



Σχέδιο Παροχής Κινήτρων για την Απασχόληση Νέων Ηλικίας 15 μέχρι 29 ετών που βρίσκονται εκτός Απασχόλησης, Εκπαίδευσης ή Κατάρτισης (Not in Education, Employment, or Training - NEETs)

Αίτημα Καταβολής Χορηγίας

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως στα πλαίσια του πιο πάνω σχεδίου παραχωρηθεί χορηγία στον εργοδότη με αριθμό Φακέλου του Σχεδίου για τον/την εργοδοτούμενο/η για τους μήνες εργοδότησης

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Αίτημα Καταβολής Χορηγίας συμπληρωμένο, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**, για αυτοτελώς εργαζόμενους δεν απαιτείται σφραγίδα).
2. Αναλυτική Κατάσταση των ημερών που εργάστηκε ο εργοδοτούμενος κατά τη διάρκεια των μηνών που καλύπτει το Αίτημα Καταβολής Χορηγίας. Πρέπει να αναφέρονται οι μέρες απουσίας από την εργασία, ανεξαρτήτως του λόγου απουσίας (π.χ. άδεια ασθένειας, άδεια ανάπαυσης, αδικαιολόγητη απουσία κ.τ.λ.). Οι Αναλυτικές Καταστάσεις θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένες από τον ίδιο τον εργοδοτούμενο, αλλά και το δικαιούχο. (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**)
3. Εξουσιοδότηση για πληρωμές από το FIMAS, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (σε περίπτωση νομικού προσώπου) (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**) μαζί με αντίγραφο λογαριασμού της τράπεζας όπου παρουσιάζεται ο κάτοχος του λογαριασμού και ο αριθμός IBAN (International Bank Account Number) (**ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ**).
4. Βεβαίωση από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων που να επιβεβαιώνει πως ο δικαιούχος έχει καταβάλει τις εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι και τον τελευταίο μήνα που απαιτείται η καταβολή της χορηγίας (Έντυπο αρ. Υ.Κ.Α. Β-7 - **ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ**).
5. Αναλυτική Κατάσταση Μισθοδοσίας του εργοδοτούμενου, από τις Υ.Κ.Α., που να δείχνει τους μισθούς που δηλώθηκαν από το δικαιούχο για την περίοδο που αντιστοιχεί το Αίτημα Καταβολής Χορηγίας (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**).
6. Υπεύθυνη δήλωση για τυχόν διαφοροποίηση των μονάδων εργασίας (εργατικού δυναμικού), είτε υπάρχει μείωση, είτε δεν υπάρχει μείωση των μονάδων εργασίας, με την υπογραφή και τη σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**) και τις αντίστοιχες επιστολές παραίτησης ή απόλυσης (**ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ**).
7. Υπεύθυνη Δήλωση για αποφυγή διπλής χρηματοδότησης με υπογραφή και σφραγίδα του εργοδότη (**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ**).

Σε οποιαδήποτε αποστολή παραστατικών ο δικαιούχος πρέπει να αναγράφει τον αριθμό του φακέλου του, ο οποίος του έχει γνωστοποιηθεί με την απόφαση της έγκρισης.

Ημερομηνία: / /20.....

.....

**Υπογραφή Εργοδότη /
Διευθυντή Επιχείρησης ή Διευθυντή Προσωπικού
Σφραγίδα Επιχείρησης**

Σημείο 2



Αναλυτική Κατάσταση των Δεδουλευμένων ημερών

Αριθμός φακέλου:

Εγώ ο, διευθυντής, μέτοχος ή νομικός εκπρόσωπος της εταιρείας με αριθμό δελτίου ταυτότητας δηλώνω υπεύθυνα ότι **ισχύουν τα πιο κάτω για τον/την εργοδοτούμενο/η** όπως υπολογίστηκαν στη βάση πενθήμερης/εξαήμερης εργασίας:

| Χρονολογία | Μήνας | Εργάσιμες ημέρες μήνα (Α) | Ημέρες Απουσίας (B = B1 + B2 + B3 + B4) | | | | Δεδουλευμένες ημέρες * εργοδοτούμενου (Γ=A-B) |
|------------|-------|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|---|
| | | | Ημέρες Επίσημης Αργίας που δεν εργάστηκε (B1) | Ημέρες Ασθενείας/Covid 19 (B2) | Ημέρες Ανάπαυσης (B3) | Αδικαιολόγητη Απουσία (B4) | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* Στις δεδουλευμένες ημέρες (Στήλη Γ) αναγράφονται μόνο οι ημέρες που εργάστηκε ο/η εργοδοτούμενος/η στα πλαίσια του κανονικού ωραρίου εργασίας (δεν θεωρείται επιλέξιμη οποιαδήποτε απασχόληση εκτός του κανονικού ωραρίου, π.χ. υπερωριακή απασχόληση).

Ημερομηνία:/...../20.....

Υπογραφή εργοδοτούμενου

Υπογραφή και
σφραγίδα εργοδότη

.....

.....

Σημείο 3

ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
1441 - ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΠΟ ΤΟ FIMAS

Εγώ/Εμείς ο/η/οι κάτωθι υπογράφων/τες με την παρούσα, σας εξουσιοδοτώ/ούμε όπως στο εξής, καταβάλλετε με έμβασμα, ηλεκτρονικά, στον πιο κάτω τραπεζικό λογαριασμό, οποιαδήποτε ποσά καθίστανται πληρωτέα, προς εμένα/εμάς από οποιαδήποτε Κυβερνητική Υπηρεσία, μέσω του Ολοκληρωμένου Συστήματος Διοικητικής και Οικονομικής Πληροφόρησης του Γενικού Λογιστηρίου (FIMAS).

Για το σκοπό αυτό παραθέτω/ουμε πιο κάτω, τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία του Τραπεζικού Λογαριασμού που τηρείται σε Ευρώ. Επιπρόσθετα επισυνάπτω, φωτοαντίγραφο μέρους της κατάστασης του τραπεζικού μου λογαριασμού/βεβαίωση από την Τράπεζα, όπου παρουσιάζονται το όνομα της Τράπεζας, ο κάτοχος/δικαιούχος του λογαριασμού και ο διεθνής αριθμός του λογαριασμού μου/μας (IBAN – International Bank Account Number).

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι νεότερης άλλης εξουσιοδότησης από εμένα/εμάς.

| | |
|--|--|
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (για Φυσικά Πρόσωπα) | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (για Εταιρείες) | |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Οδός και αριθμός ή Ταχυδρομική Θυρίδα) | |
| ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ | |
| ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ | |
| ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ | |

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Σημείωση: Ο αριθμός λογαριασμού (IBAN) πρέπει να ανήκει στο όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί. Αποδεκτός λογαριασμός γίνεται και στην περίπτωση που ο δικαιούχος, κατέχει κοινό λογαριασμό με άλλο πρόσωπο, νοουμένου ότι, στο φωτοαντίγραφο της κατάστασης του τραπεζικού λογαριασμού ή της βεβαίωσης από την τράπεζα που θα επισυναφθεί στην παρούσα εξουσιοδότηση, θα φαίνεται και το όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί.

Σε περίπτωση που ο δικαιούχος δεν είναι φυσικό πρόσωπο, τότε απαραίτητα ο λογαριασμός θα πρέπει να ανήκει στο ίδιο το νομικό πρόσωπο που θα πληρωθεί.

(Σφραγίδα)

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος

Όνομα Εξουσιοδοτούντος (σε περίπτωση νομικής οντότητας)

Ημερομηνία: ____/____/20____

(Εάν είναι εταιρεία ή μη φυσικό πρόσωπο, η εξουσιοδότηση αυτή να σφραγισθεί στο μέρος δίπλα από το όνομα του εξουσιοδοτούντος με τη σφραγίδα της εταιρείας/οντότητας)

ΤΡΑΠΕΖΑ ΚΥΠΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ

Ημερ.: _____

IBAN

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ _____

ΝΟΜΙΣΜΑ _____

ΕΙΔΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ _____

Σας ενημερώνουμε ότι ο IBAN του λογαριασμού σας είναι ο

ΕΝΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ: _____

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: _____

και η διεύθυνση SWIFT (κωδικός BIC) της Τράπεζας Κύπρου Δημόσια Εταιρεία Λτδ είναι ο BCYRCY2N.

Ο IBAN χρησιμοποιείται για σκοπούς αναγνώρισης του λογαριασμού σας στις περιπτώσεις εμβασμάτων οπότε και πρέπει να χρησιμοποιείται στην ηλεκτρονική του μορφή.

Το έγγραφο αυτό δεν χρειάζεται υπογραφή.

IBAN

Σημείο 4 – Δείγμα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η

Βεβαιούται ότι σύμφωνα με το αρχείο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων ο εργοδότης
με Αρ. Εγγραφής Εφόρου Εταιρειών / Αρ. Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) / Αρ. Εγγραφής Ε.Ε / Αρ. Αλλοδαπού (ARC) είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Εργοδοτών των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων από με Αριθμό Μητρώου Εργοδότη στην οικονομική δραστηριότητα και κατέβαλε εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων για εργοδοτούμενο/ους μέχρι και το μήνα του

(Κωνσταντίνος Σταυράκης)
Αν. Διευθυντής
Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υπογραφή και Σφραγίδα

Για να είναι έγκυρη η παρούσα βεβαίωση είναι απαραίτητο να φέρει τη σφραγίδα της αρμόδιας Αρχής και την υπογραφή του Λειτουργού έκδοσης.

Υ.Κ.Α. Β-7

Σημείο 5 – Δείγμα

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων :
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας :

02/04/2021

Αναλυτική Κατάσταση Αποδοκών Ασφαλισμένου κατά Εργοδότη για το Έτος 2020

Αρ. Μητρώου Εργοδότη :
Όνομα/Επωνυμία :

| Είδος Αποδοκών | Περίοδος Αποδοκών | Πραγματικές Αποδοχές (€) | Αποδοχές ΓεΣΥ (€) | Ασφαλιστέες Αποδοχές (€) | Εισφορά Κ.Τ.Α (€) |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 01/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 02/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 03/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 04/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 05/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 05/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 06/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 07/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 08/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 09/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 10/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 11/20 | | | | 0.00 |
| ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ | 12/20 | | | | 0.00 |
| 13ΟΣ ΜΙΣΘΟΣ | 12/20 (01/20-12/20) | | | | 0.00 |
| Υποσύνολο | | ----- | ----- | ----- | 0.00 |
| Σύνολο | | ----- | ----- | ----- | 0.00 |
| Γενικό Σύνολο Έτους | | ----- | ----- | ----- | 0.00 |

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ
Διευθύντρια
Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Σημείο 6



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ)

Αριθμός φακέλου:

Εγώ ο, μέτοχος ή νομικός εκπρόσωπος της εταιρείας με αριθμό δελτίου ταυτότητας δηλώνω υπεύθυνα ότι έχει / δεν έχει μειωθεί ο αριθμός των εργοδοτούμενων στην επιχείρηση από τιςμέχρι και τις Σε περίπτωση ύπαρξης τερματισμών εργοδότησης στο χρονικό πλαίσιο για το οποίο υπάρχει συμφωνία μεταξύ του Φορέα Διαχείρισης και του εργοδότη, βεβαιώνω πως πρόκειται για παραιτήσεις ή απολύσεις για πειθαρχικούς λόγους των εργοδοτούμενων και επισυνάπτω τη σχετική λίστα με τα ονόματα των εργοδοτούμενων που τερμάτισαν στην πιο πάνω περίοδο.

| Όνομα Εργοδοτούμενου | Ταυτότητα | Ημερομηνία Πρόσληψης | Ημερομηνία Τερματισμού | Λόγος τερματισμού | Επάγγελμα |
|----------------------|-----------|----------------------|------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | | |

Ημερομηνία:...../...../20.....

Υπογραφή και σφραγίδα εργοδότη

.....

Σημείο 7



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΠΛΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Αριθμός φακέλου:

Εγώ ο, διευθυντής, μέτοχος ή νομικός εκπρόσωπος της εταιρείας με αριθμό δελτίου ταυτότητας δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν έχω αιτηθεί, ούτε προτίθεται να αναζητήσω άλλη χορηγία για την εργοδότηση των εργοδοτούμενων:

Όνομα Εργοδοτούμενου 1:

Όνομα Εργοδοτούμενου 2:

Όνομα Εργοδοτούμενου 3:

Όνομα Εργοδοτούμενου 4:

Όνομα Εργοδοτούμενου 5:

Ημερομηνία:/...../ 20.....

Υπογραφή και σφραγίδα εργοδότη

.....