



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υποφαινόμενος/η:

Α.Δ.Τ./ARC: Αρ. Κοιν. Ασφ.:

Τηλ.:

δηλώνω ότι*:

- (α) Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος/η για εργασία, και επισυνάπτω ιατρικό πιστοποιητικό.
- (β) Ξανάρχισα/θα ξαναρχίσω εργασία στις
- (γ) Ο εργοδότης μου, μου καταβάλλει το ποσό των την ημέρα/εβδομάδα/μήνα για την περίοδο η οποία αναφέρεται στο ιατρικό πιστοποιητικό που σας επισυνάπτω.
- (δ) Ο εργοδότης δεν μου καταβάλλει οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ασθένειάς μου.

Απαιτώ επίδομα ασθένειας/σωματικής βλάβης για την περίοδο από την τελευταία ημέρα που πληρώθηκε τέτοιο επίδομα μέχρι που ξανάρχισα εργασία.

.....

Ημερομηνία

.....

Υπογραφή

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 239)

