



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Εβδ. Αποδ.: €
Αρ. Προσώπων:
Κατά Κεφ. Αποδ.: €

Ο ΠΕΡΙ ΕΤΗΣΙΩΝ ΑΔΕΙΩΝ ΜΕΤ' ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΔΕΙΩΝ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πρόσωπο που κάμνει ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις για να πετύχει επιχορήγηση είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο διαπράττει ποινικό αδίκημα για το οποίο σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι έξι μήνες ή σε χρηματική ποινή μέχρι €768 ή και στις δύο ποινές. Ο αιτητής πριν από την υποβολή της αιτήσεώς του, πρέπει να φροντίσει ώστε ο εργοδότης του να συμπληρώσει το Μέρος III και ο ίδιος ο αιτητής να υπογράψει την "αίτηση και δήλωση" στο Μέρος IV.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ I – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Ημερομηνία γάμου:

Οικογενειακή κατάσταση: Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Άγαμος (η) Έγγαμος (η) Χήρος (α) Διαζευγμένος (η) Σε διάσταση

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Επάγγελμα:

Περίοδος που επιθυμείτε να μείνετε στο ξενοδοχείο (δηλώστε τρεις περιόδους με τη σειρά που προτιμάτε)

(Α) Από: Μέχρι: (Β) Από: Μέχρι: (Γ) Από: Μέχρι:

Όνομα ξενοδοχείου (κατά σειρά προτίμησης):

(Α) (Β) (Γ)

Σε περίπτωση που στα ξενοδοχεία της επιλογής σας δεν υπάρχουν διαθέσιμα δωμάτια για το Σχέδιο, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα προβαίνουν σε άλλες διευθετήσεις για τη διαμονή σας.

ΜΕΡΟΣ II – ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (Σύζυγος και Εξαρτώμενα)

| Συγγένεια με αιτητή | Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων | Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας | Αρ. Αλλοδ. (ARC) ή Αρ. ΕΕ/Χώρα ή Αρ. | Όνομα | Ημερομηνία Γέννησης | Στρατιώτης Φοιτητής 15-25 ετών Βεβαίωση απαραίτητη | Θα διαμείνει στο ξενοδοχείο/ τουριστικό κατάλυμα (ΝΑΙ/ΟΧΙ) |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-------|---------------------|--|--|
| Σύζυγος | | | | | | | |
| Εξαρτώμενο παιδί | | | | | | | |
| Εξαρτώμενο παιδί | | | | | | | |
| Εξαρτώμενο παιδί | | | | | | | |
| Εξαρτώμενο παιδί | | | | | | | |

Αριθμός δωματίων που επιθυμείτε να κρατηθεί στο ξενοδοχείο για σας και τους εξαρτώμενούς σας:

ΜΕΡΟΣ III – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: Αρ. Μητρώου:

Διεύθυνση: Τηλ.: Φαξ:

Περίοδος άδειας εργοδοτούμενου: Από Μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ IV – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχώρησα στην αίτηση αυτή είναι αληθείς. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων να επιβεβαιώσουν δεδομένα μου με άλλες αρμόδιες Κυβερνητικές Υπηρεσίες σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία:

Υπογραφή εργοδοτούμενου: