ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ** **Λεωφ. Βύρωνος 7, 1465 Λευκωσία** **Τηλ.: +35722401670/671, Φαξ: +35722401664** **Ιστοσελίδα: www.mlsi.gov.cy/sid** **E-mail: recagree@sid.mlsi.gov.cy**	
	ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΝΤΥΠΟΥ Ε101

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
ΓΙΑ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΜΕΤΑΒΑΙΝΟΥΝ
ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Κανονισμός (ΕΟΚ) 1408/71 (άρθρο 14α.1.α, 2 και 4, 14γ.α, 17)
Κανονισμός (ΕΟΚ) 574/72 (άρθρο 11.α.1, 12.α.5γ)

Η αίτηση αυτή πρέπει να συμπληρώνεται από:

- Αυτοτελώς εργαζόμενα πρόσωπα που ασκούν ταυτόχρονα αυτοτελή απασχόληση στο έδαφος δύο (2) ή περισσοτέρων κρατών μελών, ή
- Αυτοτελώς εργαζόμενα πρόσωπα που μεταβαίνουν στο εξωτερικό για αυτοτελή απασχόληση για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μήνες.

Αιτούμενη περίοδος ισχύος εντύπου Ε101: ……..……

ΜΕΡΟΣ Ι - Στοιχεία Αυτοτελώς Εργαζόμενου:

1.	Ονοματεπώνυμο:	Επάγγελμα: ……..	
2.	Αρ. Κοινων. Ασφαλίσεων:	Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:	
3.	Ημερομηνία Γεννήσεως: ...../...../.....	Υπηκοότητα:	
4.	Διεύθυνση διαμονής στην Κύπρο:		
	Οδός:	Αριθμός:	Τ.Θ. .....
	Πόλη/Επαρχία:	Τ.Κ.:	
	Τηλέφωνο:	Φαξ:	E-mail: .....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - Στοιχεία απασχόλησης στην Κύπρο:

5.	Διεύθυνση εργασίας:		
	Οδός:	Αριθμός:	Τ.Θ. .....
	Πόλη/Επαρχία:	Τ.Κ.:	
	Τηλέφωνο:	Φαξ:	E-mail: .....

6.	Επαγγελματική δραστηριότητα:	.....
	Ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος:	...../...../.....

7.	Είστε εγγεγραμμένος στο Φ.Π.Α.;	ΝΑΙ / ΟΧΙ
	Αν ΝΑΙ, δηλώστε αριθμό Φ.Π.Α.	.....
	Είστε εγγεγραμμένος στο Εμπορικό Επιμελητήριο ή σε οποιονδήποτε Επαγγελματικό Σύνδεσμο;	ΝΑΙ / ΟΧΙ
	Αν ΝΑΙ, δηλώστε:	.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - Στοιχεία απασχόλησης στο εξωτερικό:

8.	Τι είδους επαγγελματική δραστηριότητα θα διεξάγετε στο εξωτερικό (π.χ. τεχνολογία, πληροφορική, υπηρεσίες); Ημερομηνία έναρξης δραστηριότητας.	..../...../.....

9.	Έχετε γραπτή συμφωνία για την απασχόληση σας στην άλλη χώρα την οποία μπορείτε να παρουσιάσετε;	ΝΑΙ / ΟΧΙ
	Η αναμενόμενη διάρκεια της απασχόλησης σας στην άλλη χώρα.	Από ……/……/……. μέχρι ……/……/…….

10.	Κράτος μέλος απασχόλησης ή υποχρέωσης ασφάλισης.	.....

11.	Πλήρης διεύθυνση της εργασίας σας:		
	Οδός:	Αριθμός:	Τ.Θ. .....
	Πόλη/Επαρχία:	Τ.Κ.:	Χώρα: .....
	Τηλέφωνο:	Φαξ:	E-mail: .....

12.	Κατά την απασχόληση σας στο εξωτερικό θα διατηρείτε τις εργασιακές εγκαταστάσεις / τη διεύθυνση εργασίας σας στην Κύπρο όπως αναγράφονται στο σημείο 5.	ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ IV

13.	Έχετε προμηθευτεί έντυπο Ε101 ως αυτοτελώς εργαζόμενος κατά τα 3 τελευταία χρόνια;	ΝΑΙ / ΟΧΙ

14.	Έχετε εγγραφεί σε ασφαλιστικό φορέα άλλης χώρας; • Ασφαλιστικός φορέας:…… • Διεύθυνση ασφαλιστικού φορέα: ……. …… • Αρ. Εγγραφής / Μητρώου: …… • Ημερομηνία εγγραφής: ……..	ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ V

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που δίνονται στο έντυπο αυτό είναι ορθές.

Υπογραφή:	.....		
Ονοματεπώνυμο:	.....		
Ημερομηνία:	...../...../.....	Τηλέφωνο:	.....

<u>Σημείωση:</u>

- Πληροφορείστε ότι υπάρχει πιθανότητα να υποβληθείτε σε άμεσους ελέγχους για να εξακριβωθεί ότι διατηρούνται οι προϋποθέσεις που επέτρεψαν την απόσπαση.
- Είναι δυνατό να διασταυρώσουμε τις πληροφορίες τις οποίες παίρνουμε για σας με εκείνες που ήδη τηρούνται στα αρχεία μας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τις πληροφορίες που εσείς παρέχετε, καθώς και εκείνες που λαμβάνουμε από τρίτους, όπως κυβερνητικά τμήματα, οργανισμούς και ξένες φορολογικές αρχές. Δεν θα δώσουμε οποιανδήποτε πληροφορία που αφορά το άτομο σας παρά μόνο αν μας το επιτρέπει η νομοθεσία περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.