

**ΑΙΤΗΣΗ**

Παράτασης ασφάλισης στον Τ.Υ.Δ.Ε.

**ΑΜ ΤΥΔΕ** .....

**ΑΜ ΤΑΝ** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ** .....

**ΟΝΟΜΑ** .....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ** .....

**ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** .....

**ΑΜΚΑ** .....

**ΑΦΜ /ΔΟΥ** .....

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ** .....

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ** .....

**ΑΜ ΤΥΔΕ** .....

**ΟΔΟΣ** ..... **ΑΡ.** .....

**ΤΚ** ..... **ΠΟΛΗ** .....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** .....

**ΚΙΝΗΤΟ** .....

**FAX** .....

**E-MAIL** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**.....

**ΠΡΟΣ**

Τον Ε.Τ.Α.Α.-Τομέα Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών  
Ηπείρου 64-10439 Αθήνα

Παρακαλώ για την παράταση ασφάλισης στο  
Ε.Τ.ΑΑ -Τ.Υ.Δ.Ε. του παιδιού μου

.....  
που έχει συμπληρώσει το 21<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας  
του, περιοριστικό όριο ασφάλισης στο Ε.Τ.Α.Α.-  
Τ.Υ.Δ.Ε.

Συνημμένα υποβάλλω τα παραστατικά που  
θεωρούνται απαραίτητα, σύμφωνα με τις  
διατάξεις του Κανονισμού Ασθενείας (υπεύθυνη  
δήλωση ανεργίας του, πιστοποιητικά σπουδών,  
κ.λ.π.).

**Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ**