ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΚΑ **ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

……../……/20…

Αριθμ. Πρωτ.:
……..

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

……ΥΠΟΚ/ΜΑ……

ΤΜΗΜΑ ΕΣΟΔΩΝ :
Ταχ. Δ/νση : ……. …..

Πληροφορίες : ……...

Αριθμ. Τηλ. : ……...

Αριθμ. FAX : ……...

ΘΕΜΑ : «Ασφαλιστική τακτοποίηση του/της ασφαλισμένου/νης.....
.....……..
Α.Μ.Κ.Α. …….....Α.Μ.Α. ……...
σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 65 του Ν.3863/10»

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ……..... ΥΠΟΚ/ΤΟΣ Ι.Κ.Α. ……....

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 14 παρ. 8 του Α.Ν. 1846/51, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 119 του Κανονισμού Ασφάλισης Ι.Κ.Α, όπως αναλογικά εφαρμόζονται στο ΕΤΕΑΜ (τ. Ι.Κ.Α. – ΤΕΑΜ) άρθρο 56 Ν. 1140/81.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 3029/02 (ΦΕΚ 160/11-7-02 τ.Α΄) και της Φ 20021/12403/579/6-6-03 Υ.Α. (ΦΕΚ 772/17-6-03 τ. Β΄)
3. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 65 του Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115/τ.Α΄/15-7-10).
4. Την αρ. ……..Εγκύκλιο της Δ/νσης Ασφάλισης – Εσόδων, της Δ/σης Ι.Κ.Α.
5. Την με αρ.πρωτ. …… αίτηση του/της ασφαλισμένου/ης ……..... ……Α.Μ …….. με τα συνημμένα δικαιολογητικά.
6. Την από …… έκθεση ελέγχου - εισήγηση του Τμήματος Εσόδων.
7. Τα υπόλοιπα στοιχεία του φακέλου.

Σκεπτόμενοι σύμφωνα με το Νόμο

- Επειδή σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 65 του Ν.3863/2010 ο τομέας Τ.Ε.Α.Μ. Ν.Π.Δ.Δ. του Τ.Ε.Α.Δ.Υ. εντάχθηκε στο Ε.Τ.Ε.Α.Μ. από 1/8/2010.
- Επειδή ο ασφαλισμένος/η ..... για τη χρονική περίοδο από ..... έως ..... ασφαλίστηκε στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. – Ε.Τ.Ε.Α.Μ. ενώ έπρεπε να είχε ασφαλιστεί στον τομέα Τ.Ε.Α.Μ. Ν.Π.Δ.Δ. του Τ.Ε.Α.Δ.Υ., σύμφωνα με τη συνημμένη έκθεση ελέγχου.
- Επειδή έχει χωρήσει ασφάλιση για ..... ημέρες εργασίας στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. – Ε.Τ.Ε.Α.Μ. αντί στον τομέα Τ.Ε.Α.Μ. Ν.Π.Δ.Δ. του Τ.Ε.Α.Δ.Υ..

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ :

Την μετατροπή του χρόνου ασφάλισης του/της .....
από το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. – Ε.Τ.Ε.Α.Μ. για ..... ημέρες ασφάλισης χρονικής περιόδου
..... ως χρόνου ασφάλισης διανυθέντα στον τομέα Τ.Ε.Α.Μ. Ν.Π.Δ.Δ. του Τ.Ε.Α.Δ.Υ..

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :

1. Ονοματεπώνυμο : …….....
.....
Διεύθυνση : ……. …….....
.....
(Με απόδειξη παραλαβής και με την πληροφορία ότι κατά της απόφασης αυτής μπορεί να υποβληθεί ένσταση εντός 30 ημερών από την παραλαβή της).

.....ΔΙΕΥΘΥΝΤ.....

2. Εργοδότη : …….....
.....
Διεύθυνση : ……..…….....
.....

3. Ε.Τ.Ε.Α.Μ.
Πειραιώς 9-11
105 52 Αθήνα

4. Τμήμα Εσόδων του Υποκ/τός μας.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ