

ΒΕΒΑΙΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο υπογραφόμενος εργοδότης.....
 Είδος επιχείρησης.....
 Διεύθυνση

ΑΜΕ/ΑΜΟΕ ΑΦΜ.....
 ΤΗΛ.....

Στοιχεία Ταυτότητας.....

Βεβαιώνω και δηλώνω υπεύθυνα με την παρούσα έχοντας γνώση των συνεπειών του νόμου για ψευδή δήλωση, ότι η ασφαλισμένη.....

.....
 με ΑΜ – e-ΕΦΚΑ (τ. ΙΚΑ)....., κατά την έναρξη της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας **βρίσκεται σε ενεργό εργασιακή σχέση με την επιχείρησή μας.**

Η ανωτέρω ασφαλισμένη προσλήφθηκε τηνμε σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου / ορισμένου* χρόνου με πλήρη / μερική** απασχόληση (1).

*(Σε περίπτωση σύμβασης εργασίας ορισμένου χρόνου η ημερομηνία λήξης είναι η)

** (Σε περίπτωση μερικής απασχόλησης η ασφαλισμένη εργάστηκε κατά μέσο όρο.....(....) ημέρες μηνιαίως ή.....(....) ώρες ημερησίως, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου που προηγήθηκε της άδειας κυοφορίας).

Η ασφαλισμένη έλαβε την **ισόχρονη** προς το μειωμένο ωράριο άδεια (2) από.....έως.....

Έλαβε **κανονική άδεια** (3) απόέως.....

Η **ειδική άδεια προστασίας της μητρότητας** χορηγήθηκε από την επιχείρησή μας για το/τα διάστημα/-τα (4) : απόέως.....

απόέως.....

απόέως.....

Το **Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (5)** της ανωτέρω είναι το και οι εισφορές ανέρχονται σε% για τον εργοδότη και% για την εργαζόμενη (άρθρο 36 Ν. 3996/2011).

Διεύθυνση όπου εργάζεται η ασφαλισμένη:.....

Η βεβαίωση αυτή δίνεται στην ανωτέρω ασφαλισμένη για να την χρησιμοποιήσει στη Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (Δ.ΥΠ.Α.), προκειμένου να της χορηγηθεί **η ειδική παροχή προστασίας της μητρότητας.**

ΤΟΠΟΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ –ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(1): Διαγράφονται οι ενδείξεις που δεν ισχύουν

(2): Συμπληρώνεται **εφόσον** χορηγήθηκε

(3): Συμπληρώνεται **εφόσον** χορηγήθηκε

(4): Συμπληρώνεται συνεχόμενα ή τμηματικά **εφόσον** χορηγείται εναλλακτικά με τον πατέρα

(5): **Υποχρεωτική συμπλήρωση**