|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\OYMIS05\Desktop\uth_logo_16gr.png | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ** |
| ΑΡΓΟΝΑΥΤΩΝ &ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ  382 21 ΒΟΛΟΣ |  |
| **Πληρ:** - Χουρδάκη Αικατερίνη  Τμήμα Εισαγωγής και Επεξ. Οικ. Στοιχείων Λαμίας  **E-Mail: teeoslamia@uth.gr**  **Τηλ.**  22310 60105   * **Πληρ:** - Ζαφειρίου Μαρία & Πολύζος Κων/νος   Τμήμα Εισαγωγής και Επεξ. Οικ. Στοιχείων Λάρισας   * **E-Mail: ekeoslar@uth.gr** * **Τηλ.** 2410 684480, 684481 | **Βόλος 12/02/2025**  **Αριθ. Πρωτ: 4187/25/ΓΠ2** |

**Προς**

τους Συμβασιούχους

Eντεταλμένους Διδάσκοντες

του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

(δια των Γραμματειών των Ακαδ.

Tμημάτων)

**Θέμα: « Υποβολή δικαιολογητικών για τον υπολογισμό των αποδοχών».**

Με το έγγραφο αυτό σας παρακαλούμε να υποβάλετε όλα τα δικαιολογητικά με μεγάλη ακρίβεια και σαφήνεια, σύμφωνα με τις οδηγίες μας, έτσι ώστε να αποφευχθεί στο μέλλον η ανάγκη τηλεφωνικής επικοινωνίας των Τμημάτων Εισαγωγής και Επεξεργασίας Οικονομικών Στοιχείων Λαμίας και Λάρισας με τους διδάσκοντες σε περίπτωση λανθασμένης ή ελλιπούς συμπλήρωσής τους. Στην περίπτωση αυτή προκύπτει μεγάλη καθυστέρηση, που επιμηκύνει το χρόνο για τον υπολογισμό των αποδοχών σας. Παρακαλείσθε, αφού τα τυπώσετε (<https://www.uth.gr/schetika/dioikese/administrativeservices/geniki-dieythynsi-dioikitikis-ypostirixis/dieythynsi-oikonomikis-diaheirisis/tmima-misthodosias>) και τα συμπληρώσετε, να τα επιστρέψετε στις Γραμματείες των Τμημάτων σας μέχρι τις **21/02/2025**. Ιδιαίτερα οι νεοπροσληφθέντες συμβασιούχοι διδάσκοντες πρέπει οπωσδήποτε να συμπληρώσουν το **ΑΜΚΑ** και τον **αριθμό μητρώου ΙΚΑ,** στοιχείο απαραίτητο για την εκκαθάριση των αποδοχών τους.

**Θα πρέπει επίσης να κατατεθεί οπωσδήποτε και αντίγραφο του διδακτορικού ή μεταπτυχιακού τίτλου σας.** Σε περίπτωση που έχει αποκτηθεί από Εκπαιδευτικό Ίδρυμα του εξωτερικού, **τότε απαιτείται και πιστοποιητικό του ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ).**

Πρόθεση και επιδίωξή μας είναι, εφόσον τηρηθούν από πλευράς σας οι επισυναπτόμενες οδηγίες, να γίνει η εξόφληση των αποδοχών σας το γρηγορότερο δυνατόν.

Συν/να: 1) Οδηγίες

2) Διάφορα έντυπα

**Η Διευθύντρια Οικονομικής Διαχείρισης**

**ΦΡΑΓΚΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΑ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:** |  | (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** | | | **Όνομα:** | | |
| **Πατρώνυμο:** | **Μητρώνυμο:** | | | | **Ημ. Γέννησης:**  / / |
| **Διεύθυνση:** | **Πόλη:** | | | | **Τ.Κ:** |
| **Α.Δ.Τ.:** | **Α.Φ.Μ.:** | | | | **Εφορία:** |
| **Αρ.λογ/μού Τράπεζας (ΙΒΑΝ):** | |  | | |  |
| **Email επικοινωνίας­ (1):** | | | | | **AMKA :** |
| **Αριθμός μητρώου ΙΚΑ(2):** | | | | |  |
| **Tηλέφωνο (σταθ)🕿:** | | | | **Κινητό:** | |
| **Τμήμα** **που θα διδάξετε:** | | | | | |
| **Βασικός τίτλος σπουδών (πτυχίο):** | | | | | |
| **Μεταπτυχιακός Τίτλος:** Διδακτορικό  Master  ΟΧΙ  | | | | | |
| Ασφαλίστηκα για πρώτη φορά **σε οποιονδήποτε φορέα** πριν την 1/1/1993 ΝΑΙ  ΟΧΙ  | | | | | |
| **ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΣΜΕΔΕ ( ΑΜ:………………….)**  **Για τον κλάδο πρόνοιας και επικουρικής ασφάλισης, επιθυμώ να ενταχθώ στην παρακάτω ασφαλιστική κατηγορία:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **AΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΠΟΣΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** | **ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** | | **1η** | **22,12** | **29,49** | | **2η** | **26,66** | **35,17** | | **3η** | **31,77** | **41,97** | | | | | | |
| **ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΣΑΥ (AM:……………..)**  **Για τον κλάδο πρόνοιας, επιθυμώ να ενταχθώ στην παρακάτω ασφαλιστική κατηγορία:**   |  |  | | --- | --- | | **AΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** | **ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** | | **1η** | **29,49** | | **2η** | **35,17** | | **3η** | **41,97** |   **(Σε περίπτωση που δεν επιλέξετε κάποια από τις ανωτέρω κατηγορίες, θα ενταχθείτε στην 1η (χαμηλότερη) ασφαλιστική κατηγορία.)** | | | | | |

Επισημαίνεται ότι:

1. Το email θα πρέπει να είναι ενεργό και να ελέγχεται συχνά γιατί η επικοινωνία μας θα γίνεται κυρίως μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας.
2. Ο Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ πρέπει να συμπληρωθεί από όλους.

**Δηλώνω υπεύθυνα** την ακρίβεια των παραπάνω στοιχείων και αναλαμβάνω την υποχρέωση για την καταβολή των προστίμων Ασφαλισμένου και Εργοδότη υπέρ των κλαδικών ταμείων σε περίπτωση μη ακρίβειας των στοιχείων που δηλώνω.

**Υπογραφή** **Ημερομηνία** \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ**

* + - * **Προσωπικά στοιχεία**

Συμπληρώστε τα προσωπικά σας στοιχεία (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση κ.λπ.) και γράψτε τον αριθμό λογαριασμού της τράπεζας στον οποίο θα κατατεθούν τα χρήματα του μισθού σας. Πρέπει να προσκομίσετε φωτοτυπία της 1Ης σελίδας του βιβλιαρίου του τραπεζικού λογαριασμού ή άλλου εγγράφου της τράπεζας (π.χ. αντίγραφου λογαριασμού) από το οποίο να προκύπτει σαφώς ο αριθμός IBAN, δεδομένο ότι καμία πληρωμή δεν θα διενεργείται με διαφορετικό τρόπο. Διευκρινίζεται ότι ο τραπεζικός λογαριασμός θα πρέπει να ανήκει αποκλειστικά στον μισθοδοτούμενο υπάλληλο, ενώ σε περίπτωση κοινού λογαριασμού, **πρώτο όνομα** πρέπει να είναι εκείνο του μισθοδοτούμενου.

* + - * **Ασφαλιστικά Ταμεία**

**1.Ασφαλισμένοι στο ΤΣΑΥ:** Ειδικά οι ασφαλισμένοι στο ΤΣΑΥ θα πρέπει να προσκομίσουν φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας που θα φαίνεται η ένδειξη «ΠΑ» (Παλιός ασφαλισμένος) ή «ΝΑ» (Νέος ασφαλισμένος). Στην περίπτωση που το βιβλιάριο δεν έχει μια από τις δύο παραπάνω ενδείξεις οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να επισκεφθούν το ΤΣΑΥ για τη σχετική συμπλήρωση.

**2.Ασφαλισμένοι στο ΤΣΜΕΔΕ:** Οι ασφαλισμένοι στο ΤΣΜΕΔΕ θα πρέπει να γράψετε οπωσδήποτε τον αριθμό μητρώου του Ταμείου και την ημερομηνία εγγραφής και έναρξης υποχρεώσεων στο ΤΣΜΕΔΕ.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(ισχύον Σύνταγμα, Ν.1268/82 (αρ.13) και Π.Δ. 459/83)

**Προς το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-Τμήμα Εισαγωγής και Επεξεργασίας Οικ/κών Στοιχείων**

**Ο/Η υπογράφων/-ουσα** (όνομα & επώνυμο) ………………………………………………………………….

**του** (ον.πατρός) ………………………………………………………………………………………………..

**αρ. ταυτότητας:** ………………………………………………………………………………………………

**ΑΦΜ:** …………………………………………………………………………………………………………

**δ/νση κατοικίας:** (οδός - αρ.) ……………………………………( πόλη) …………………………………

(Τ.Κ.) ……………….. .(τηλ) ……………………………….(κινητό ) ………………………………………

**με ιδιότητα εντεταλμένος διδάσκων /διδάσκουσα**,

δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δήλωσης (Ν.1599/86) ότι:

1. (**ΔΕΝ**) κατέχω δεύτερη θέση ή έχω δεύτερη απασχόληση στο Δημόσιο Τομέα ή σε Κρατικά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου ή στους φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Δημόσιου Τομέα ή σε Διεθνείς Οργανισμούς ή οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική απασχόληση.

**Παρακάτω συμπληρώνετε τα στοιχεία της απασχόλησης σας σε άλλον φορέα του Δημοσίου**

**Σχέση εργασίας:**

**ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ☐**

**ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ ☐**

**ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ ☐**

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ☐**

**ΑΛΛΟ (ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ) ☐**

**Φορέας απασχόλησης:**

**(Σε περίπτωση σύμβασης) Ημερομηνία έναρξης: Ημερομηνία λήξης:**

**Καθεστώς απασχόλησης (Πλήρης/μερική):**

**(Μόνο σε περίπτωση μερικής απασχόλησης) Εβδομαδιαίο ωράριο:**

# 

# 

# Βόλος, …… /…… /…

Ο/Η δηλ.....

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(Συμπληρώνεται από τους συμ/χους διδ/ντες που δικαιούνται την

**προσαύξηση λόγω τέκνων,** σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν. 3205/03)

**Προς το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-Τμήμα Εισαγωγής και Επεξεργασίας Οικ/κών Στοιχείων**

**Ο/Η υπογράφων/-ουσα** (όνομα & επώνυμο) ………………………………………………………………….

**του** (όνομα πατέρα) ……………………………………………………………………………………………

**συμβασιούχος διδάσκων/-ουσα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο νόμος για ψευδή δήλωση τα παρακάτω στοιχεία, που είναι απαραίτητα για την καταβολή της οικογενειακής παροχής.

Δηλούμενα στοιχεία:

1. **Ονοματεπώνυμο συζύγου**: ……………………………………………………………………………

2. **Δήμος όπου έχετε την οικογενειακή σας μερίδα** …………………………………………………

3. **Παιδιά** άγαμα ή έγγαμα (από νόμιμο γάμο, φυσικά, θετά, νομιμοποιηθέντα και αναγνωρισθέντα) κατά απόλυτη σειρά χρονολογίας γεννήσεως:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | Όνομα | Ημ/νία γέν. | Σχολείο ή σχολή | Έτος εισαγωγής |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

1. Τελώ σε διάσταση: ΝΑΙ  ΟΧΙ 
2. Τελώ σε διάζευξη: ΝΑΙ  ΟΧΙ 
3. Τελώ σε χηρεία: ΝΑΙ  ΟΧΙ 
4. Για οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλούμενων στοιχείων **θα ενημερώσω έγκαιρα**

με άλλη δήλωσή μου την υπηρεσία σας.

# Βόλος, …… /…… /….

Ο/Η δηλ.....