



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΓΙΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ



ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: ΝΘΕ ΝΕΕ

Ημερομηνία: ____ / ____ / 201__
Αριθμός Πρωτοκόλλου:

Προς: ΟΑΕΔ – ΚΠΑ2:

Επιχείρηση:

Α.Φ.Μ.:

Οδός, αριθμός:

Τηλ.:

Τ.Κ. – Περιοχή:

Πρόγραμμα:

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα:

Θεματικός Άξονας:

Άξονας Προτεραιότητας:

Αιτούμαι την καταβολή του ποσού επιχορήγησης, για την περίοδο έως σύμφωνα με την με αριθμό εγκριτική απόφαση του Κ.Π.Α.2 και δηλώνω ότι η επιχείρησή μου λειτουργεί κανονικά, έχουν τηρηθεί όλοι οι όροι του Προγράμματος όπως περιγράφονται στην οικεία Απόφαση (Δ.Σ./Υ.Α./Κ.Υ.Α.)

Για το σκοπό αυτό επισυνάπτω τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Ο Αιτών

.....
(Υπογραφή, σφραγίδα)

ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....ΚΩΔ. ΥΠΗΡ. 105201						ΕΠΕΤΥΠΟ Β' Κατάσταση Μισθωτών που επιδοτήθηκαν σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν.1262/82 Απόφαση Υπουργού Απασχόλησης..... Απόφαση ΥΝ.Τ.Υ.Γ.Ε..... Τραπευματική Απόφαση.....				ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΟΝΟΜΑΣΙΑ..... ΚΛΑΔΟΣ ΟΙΚΟΝ.ΔΡΑΣΤ.....									
Α/Α	Όνοματεπώνυμο Μισθωτού	Χρονολογία Γεννήσεως	Ειδικότητα	Χρονολογία Πρόσληψης	Α.Μ. ΙΚΑ	Πραγματοποιηθέντα Ημερομίσθια κατά Μήνα (μέχρι 26)				Σύνολο Ημερών Επιχορήγησης				Ποσό Ημερήσιας Επιχορήγησης	Ποσό που Καταβάλλει ο ΟΑΕΔ	Σύνολο αποβαρίτων αποδογών εργαζομένου	Δηλώνω υπεύθυνα ότι απασχολήθηκα και πληρώθηκα για το διάστημα για το οποίο ζητήσα η επιχορήγηση		
						Σύνολο Ημερών				Ανδρών		Γυναικών							
										18-25	26-60	18-25	26-60						
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			
13.																			
14.																			
15.																			
16.																			
17.																			
18.																			
Εγκρίνεται η καταβολή του ποσού						ΣΥΝΟΛΑ													
<p>Ολογράφως.....</p> <p>Αριθμός Επιταγής..... Ημερομηνία...../...../.....</p> <p>Το Γραφείο Απασχόλησης Ο Έλεγχος Ο Προϊστάμενος</p>						<p>Σημείωση: Στους πιο κάτω μήνες έγιναν οι εξής αποκαταστάσεις μισθωτών.</p> <p>Οι Από τους</p> <p>α)..... Ημερ. από...../...../..... α).....</p> <p>β)..... Ημερ. από...../...../..... β).....</p> <p>γ)..... Ημερ. από...../...../..... γ).....</p> <p>δ)..... Ημερ. από...../...../..... δ).....</p>										<p>Δηλώνω Υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή</p> <p>Υπογραφή Σφραγίδα Εργοδότη</p> <p>Ημερομηνία.....</p>			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

- 1. Έναρξη Προγράμματος.....
- 2. Λήξη Προγράμματος.....
- 3. Αριθμός Θέσεων.....
- 4. Κάλυψη Θέσεων.....
- 5. Ακόρωση Θέσεων.....

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι κοιταζήθηκαν στην Υπηρεσία τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και ότι καταβλήθηκαν για το σύνολο του προσωπικού οι ασφαλιστικές εισφορές όπως προβλέπεται από τις σχετικές εγκυκλίους.

Ο Αρμόδιος Υπάλληλος.....

Ο Δ/ντης.....