

ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ										
Α.Μ ΚΕΠΑ					ΚΕ.Π.Α ⁽¹⁾					
Ημερομηνία: / /										
Κατηγορία Αιτήματος		1)		2)		3)		Σχόλια:		
Ημερ/νία Κατάθ. Αίτησης στον Φορέα: / / 202.... ^(*)					Ημ/νία Λήξης Παροχής (παρατάσεις) / / 202.... ^(*)					
ΑΜΚΑ:			ΑΦΜ:			ΔΟΥ:				
Φορέας Ασφάλισης: ^(*)					Αριθμός Μητρώου Φορέα: ^(*)					
Επώνυμο:					Όνομα:					
Πατρώνυμο:					Μητρώνυμο:					
Ημ/νία Γέννησης: / /			☎			Κινητό:				
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:						Ημ/νία Έκδοσης: / /				
Εκδούσα Αρχή:						Υπηκοότητα:				
Δ/νση Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ.:		Πόλη:		
email:						Τ.Κ				
Τελευταίο Επάγγελμα / Ειδικότητα:									
Οικογενειακή Κατάσταση (σημειώστε με X)		Άγαμος/η		<input type="checkbox"/>		Σχέση με Φορέα Ασφάλισης (σημειώστε με X)		Άμεση:		<input type="checkbox"/>
		Έγγαμος/η		<input type="checkbox"/>				Έμμεση:		<input type="checkbox"/>
		Χήρος/α		<input type="checkbox"/>				Ανασφάλιστος:		<input type="checkbox"/>
		Διαζευγμένος/η		<input type="checkbox"/>						
Επίπεδο Σπουδών: (σημειώστε με X)		Υποχρεωτική		Μέση		Ανώτερη		Ανώτατη		ΙΕΚ
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (*)										
ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:						ΚΕ.Π.Α ⁽²⁾				
						(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)				
Διεύθυνση Εξέτασης:										
Υπογραφή Εξεταζομένου:										
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ					Φυσικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/>		Δικηγόρος <input type="checkbox"/>		(Σημειώστε με X)	
Επώνυμο:					Όνομα:					
Τηλέφωνο:					Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου:					
Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού:					Λήξη:					
Υπογραφή Εκπροσώπου:										
^(*) Το πεδίο συμπληρώνεται εφόσον απαιτείται										
Συνημμένα:										