

Αθήνα, 25/2/2014

Αρ. πρωτ.:ΔΙΑΣΦ/Φ24/1/306380



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ &  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Οργανισμός  
Ασφάλισης  
**Ο.Α.Ε.Ε.** Ελευθέρων

Επαγγελματιών  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΦ/ΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ: ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ - ΕΣΟΔΩΝ  
ΤΜΗΜΑΤΑ : ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ- ΕΣΟΔΩΝ  
Ταχ. Δ/ση: Σατωβριάνδου 18  
Ταχ. Κώδικα : 10432 Αθήνα  
Πληροφορίες : Ο. Σταυροπούλου  
Ν. Καλλιγέρης  
Τηλέφωνα: 210 – 5285567 - 616  
Fax: 210 – 5229840, 5285599

**ΠΡΟΣ:** Τους Αποδέκτες του  
Πίνακα Α'

**ΚΟΙΝ:** ΟΑΕΔ-Δ/ση Ασφάλισης  
Εθνικής Αντιστάσεως 8  
Α. Καλαμάκι

**Εγκύκλιος: 7**

**ΘΕΜΑ :** «Επέκταση χορήγησης βοηθήματος ανεργίας και σε ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ, οι οποίοι ρύθμισαν τις οφειλές τους στις περιπτώσεις διακοπής του επαγγέλματος»

**ΣΧΕΤ:** Η αρ.11/2013 εγκύκλιος και το αρ.ΔΙΑΣΦ/Φ24/22/1040423/27-6-2013 έγγραφο της Διοίκησης

Σας κοινοποιούμε τις διατάξεις της αρ. Φ.10035/ΟΙΚ.1239/63/27-1-2014 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ290/10-2-2014 τ.Β'), με την οποία τροποποιείται η αρ. Φ.80000/8285/253/26-03-2013 όμοια (ΦΕΚ/705 τ.Β') κατά το μέρος που αφορά τις προϋποθέσεις, τους όρους και τα δικαιολογητικά για την καταβολή βοηθήματος του Ειδικού Λογαριασμού Ανεργίας Αυτοτελώς και Ανεξάρτητα Απασχολούμενων του ΟΑΕΔ στους ελεύθερους επαγγελματίες και αυτοτελώς απασχολούμενους, **ασφαλισμένους στους φορείς ΟΑΕΕ** και ΕΤΑΠ - ΜΜΕ και σας γνωρίζουμε τα εξής για την ενιαία εφαρμογή τους:

**Με τις νέες ρυθμίσεις επεκτείνεται η καταβολή του βοηθήματος ανεργίας και σε εκείνους τους ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ, οι οποίοι διέκοψαν τη δραστηριότητά τους και έχουν ρυθμίσει τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές ή τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία, είναι δε ενήμεροι με τους όρους της ρύθμισης.**

**Σύμφωνα και με τις νέες ρυθμίσεις:**

Δικαιούχοι είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες και αυτοτελώς απασχολούμενοι, ασφαλισμένοι στους φορείς Ο.Α.Ε.Ε. και Ε.Τ.Α.Π. – Μ.Μ.Ε., οι οποίοι διακόπτουν αποδεδειγμένα το επάγγελμά τους, δεν αυτοαπασχολούνται, δεν αναλαμβάνουν μισθωτή απασχόληση και δεν λαμβάνουν σύνταξη από οποιαδήποτε αιτία από φορέα κύριας ασφάλισης, τον ΟΓΑ, το ΝΑΤ, ή το Δημόσιο, ή φορέα κύριας ασφάλισης της αλλοδαπής και έχουν καταβάλλει την ειδική εισφορά της παρ. 2 του άρθρου 44 του ν.3986/2011, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 50 του ν.4144/2013.

**ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΤΟΝ ΟΑΕΕ**

**1.** Πραγματοποίηση σε κάθε περίπτωση τουλάχιστον τριών (3) ετών συνεχούς ή διακεκομμένης ασφάλισης στον ΟΑΕΕ κατά την διακοπή του επαγγέλματος, με αντίστοιχη καταβολή της ειδικής εισφοράς. Ειδικότερα:

► Ασφαλισμένοι την 1-1-2011, οι οποίοι διέκοψαν την επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την 1-1-2012 θα πρέπει να έχουν καταβάλλει εισφορές στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας για ένα (1) τουλάχιστον έτος.

► Ασφαλισμένοι την 1-1-2011, οι οποίοι διέκοψαν την επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την 1-1-2013 θα πρέπει να έχουν καταβάλλει εισφορές στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας για δύο (2) τουλάχιστον έτη.

► Ασφαλισμένοι, οι οποίοι διακόπτουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα από 1-1-2014 και εφεξής θα πρέπει να έχουν καταβάλλει εισφορές στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας για τρία (3) τουλάχιστον έτη.

Οι προαναφερθείσες ελάχιστες προϋποθέσεις καταβολής του βοηθήματος ισχύουν και για τους ασφαλισμένους, οι οποίοι διέκοψαν τη δραστηριότητά τους πριν την 1-1-2011 και επαναδραστηριοποιήθηκαν εκ νέου μετά την ημερομηνία αυτή. Στις περιπτώσεις αυτές ο απαιτούμενος χρόνος καταβολής της ειδικής εισφοράς προσδιορίζεται από την ημερομηνία επανέναρξης της δραστηριότητας.

**2.** Αποδεδειγμένη διακοπή του επαγγέλματος από την 1-1-2012 και εφεξής για τρεις (3) τουλάχιστον μήνες πριν τη λήψη του βοηθήματος.

**3.** Ο δικαιούχος να μην έχει υπαχθεί στην προαιρετική ασφάλιση του ΟΑΕΕ ή άλλου φορέα μετά τη διακοπή του επαγγέλματος και να μην έχει υποβάλλει αίτηση για συνταξιοδότηση για οποιαδήποτε αιτία σε οποιοδήποτε φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

**4.** Ο δικαιούχος να έχει εξοφλήσει ή ρυθμίσει τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές ή τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία προς τον ΟΑΕΕ και να είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης.

#### **ΥΨΟΣ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ**

Καταβάλλεται για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών (3) μηνών και ανέρχεται στο ποσό των 360€ μηνιαίως.

Η διάρκεια καταβολής του βοηθήματος και το χορηγούμενο ποσό καθορίζονται από το συνολικό χρόνο ασφάλισης ως εξής:

<b>Συνολικός χρόνος ασφάλισης</b>	<b>Διάρκεια καταβολής</b>
3-4 πλήρη έτη	3 μήνες
5-6 πλήρη έτη	4 μήνες
7-8 πλήρη έτη	5 μήνες
9-10 πλήρη έτη	6 μήνες
11-12 πλήρη έτη	7 μήνες
13-14 πλήρη έτη	8 μήνες
15 πλήρη έτη και άνω	9 μήνες

Στην περίπτωση χορήγησης βοηθήματος πλέον της μιας φορές εξετάζεται κάθε φορά η συνδρομή των απαιτούμενων νόμιμων προϋποθέσεων.

Χρόνος ασφάλισης που υπολογίστηκε για την καταβολή του βοηθήματος δεν λαμβάνεται υπόψη για την επαναχορήγησή του.

#### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ**

Η αίτηση για τη λήψη του βοηθήματος ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ υποβάλλεται στην αρμόδια υπηρεσία του ΟΑΕΔ εντός ανατρεπτικής προθεσμίας τριών ( 3) μηνών από την ημερομηνία έκδοσης της απόφασης διαγραφής από τα μητρώα του Οργανισμού (ΟΑΕΕ).

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΑΕΕ**

Για την εξέταση από τον ΟΑΕΔ της συνδρομής ή μη των νόμιμων προϋποθέσεων καταβολής του βοηθήματος στους ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ απαιτείται η έκδοση βεβαίωσης, με την οποία πιστοποιείται η διακοπή του επαγγέλματος, ο χρόνος ασφάλισης και η μη ύπαρξη οφειλής **ή η ρύθμιση αυτής**. Στη βεβαίωση αυτή αναφέρονται:

► Τα ατομικά στοιχεία του ασφαλισμένου (Όνομα, Επώνυμο, Πατρώνυμο, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, διεύθυνση κατοικίας).

► Τα ασφαλιστικά στοιχεία του ασφαλισμένου:

- ❖ Ο ενιαίος αριθμός μητρώου (Ε.Α.Μ.)
- ❖ Η έναρξη ασφάλισης
- ❖ Η δραστηριότητα για την οποία ασφαλίστηκε
- ❖ Η ημερομηνία διαγραφής από τα Μητρώα ασφαλισμένων
- ❖ Τα στοιχεία απόφασης διαγραφής του ασφαλισμένου από τα μητρώα ΟΑΕΕ μετά την εγγραφή του (αριθμός πρωτοκόλλου και ημερομηνία έκδοσης της απόφασης διαγραφής)
- ❖ Η διάρκεια ασφαλιστικής σχέσης από την εγγραφή μέχρι τη διαγραφή από τα Μητρώα ασφαλισμένων (από ..... έως.....)
- ❖ Ο συνολικός χρόνος ασφάλισης από την εγγραφή του μέχρι τη διαγραφή του (έτη, μήνες).

Σε περίπτωση επανεγγραφής αναφέρονται επιπρόσθετα:

- ❖ Η ημερομηνία επανεγγραφής στα Μητρώα ασφαλισμένων
- ❖ Η δραστηριότητα για την οποία ασφαλίστηκε
- ❖ Τα στοιχεία απόφασης διαγραφής του από τα μητρώα ασφαλισμένων μετά την επανεγγραφή του (αριθμός πρωτοκόλλου και ημερομηνία έκδοσης της απόφασης διαγραφής)

Στην ίδια βεβαίωση πιστοποιούνται επίσης:

► Το χρονικό διάστημα για το οποίο έχει καταβάλλει εισφορά στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας (από ..... έως.....), ήτοι ..... έτη και .....μήνες.

► **Η εξόφληση ή η ρύθμιση των οφειλομένων ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν οφειλών από οποιαδήποτε στον Οργανισμό αιτία. Στην περίπτωση ρύθμισης των οφειλών πιστοποιείται ότι είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης καθώς και το χρονικό διάστημα για το οποίο είναι ενήμερος.**

► Η συνέχιση ή μη της ασφάλισής του στον ΟΑΕΕ προαιρετικά σε οποιοδήποτε κλάδο μετά τη διακοπή του επαγγέλματος.

► Η υποβολή ή μη στον ΟΑΕΕ αίτησης για συνταξιοδότηση για οποιαδήποτε αιτία.

Για τη χορήγηση της ως άνω βεβαίωσης απαιτείται η υποβολή αίτησης.

Επισημαίνεται ότι τα στοιχεία που πιστοποιούνται με τη βεβαίωση πρέπει να είναι σύμφωνα με τα ασφαλιστικά στοιχεία του προσώπου, το οποίο αφορά.

### **ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΟΑΕΕ**

**1.** Τα περιφερειακά τμήματα του ΟΑΕΕ οφείλουν να διεκπεραιώνουν άμεσα τα αιτήματα διαγραφής των ασφαλισμένων καθώς και τα αιτήματα χορήγησης της προβλεπομένης από την αρ. Φ.80000/8285/253/26-03-2013 Υπουργική απόφαση, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, βεβαίωσης για χρήση στον ΟΑΕΔ.

**2.α.** Σε κάθε Περιφερειακό Τμήμα ο πιστοποιημένος στο σύστημα «ARIS INFO» χρήστης θα καταχωρεί **αυθημερόν** τα στοιχεία της εκδοθησομένης βεβαίωσης (αριθμός πρωτοκόλλου/ημερομηνία έκδοσης) και επιλέγει ένα από τα πεδία «ΕΞΟΦΛΗΣΗ», «ΡΥΘΜΙΣΗ» στο πρόγραμμα «ΒΟΗΘΗΜΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ».

**Επισημαίνεται** ότι στο σύστημα «ARIS INFO» **δεν καταχωρούνται** οι βεβαιώσεις με τις οποίες πιστοποιείται ότι ο αιτών εξακολουθεί να είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης (βλ. υπόδειγμα ).

**β.** Αντίγραφα της βεβαίωσης τίθενται στον ατομικό φάκελο του ασφαλισμένου και σε ειδικό κλασέρ που θα τηρείται για το σκοπό αυτό.

**3.** Σε περίπτωση επανεγγραφής ασφαλισμένου στον οποίο έχει χορηγηθεί βεβαίωση αποστέλλεται ενημερωτικό έγγραφο στον ΟΑΕΔ.

**4.** Με την υποβολή αίτησης συνταξιοδότησης σε περιφερειακό τμήμα του ΟΑΕΕ ελέγχεται από το σύστημα «ARIS INFO» η χορήγηση ή μη βεβαίωσης για χρήση στον ΟΑΕΔ στον υποψήφιο συνταξιούχο. Το αποτέλεσμα του ελέγχου βεβαιώνεται στο σώμα της αίτησης. Στην περίπτωση

που από τον έλεγχο προκύψει ότι έχει χορηγηθεί βεβαίωση, ενημερώνεται άμεσα ο ΟΑΕΔ σχετικά με την υποβολή του συνταξιοδοτικού αιτήματος.

Παρακαλούμε να λάβει γνώση ενυπόγραφα της παρούσης το προσωπικό της μονάδας σας.

**Συνημμένα:**

- Υπουργικές αποφάσεις αρ. Φ.80000/8285/253/26-3-2013 και Φ.10035/οικ1239/63/27-1-2014
- Υποδείγματα βεβαιώσεων

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΟΑΕΕ  
ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΩΤΙΔΟΥ**

**Ακριβές Αντίγραφο  
Η ΠΡ/ΝΗ ΤΜ. ΑΣΦ/ΣΗΣ**

**ΟΛΓΑ ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Α' : Διαγραφέντες από τα Μητρώα Ασφαλισμένων**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
 & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
 Οργανισμός  
 Ασφάλισης  
**Ο.Α.Ε.Ε.** Ελευθέρων  
 Επαγγελματιών

Αρ. πρωτ. ....

**ΠΡΟΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....  
 ΤΜΗΜΑ: .....  
 Ταχ. Δ/ση: .....  
 Ταχ. Κώδικας: .....  
 Πληροφορίες: .....  
 Τηλέφωνο: .....  
 Fax: .....

.....  
 .....  
 .....

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο Οργανισμός Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) πιστοποιεί ότι:

Ο/Η ..... του .....  
 κάτοικος ....., οδός .....  
 υπήχθη στην ασφάλιση του Οργανισμού με ΕΑΜ ....., ΑΜΚΑ  
 ..... με έναρξη ασφάλισης ..... για τη δραστηριότητα  
 ..... που άσκησε στη διεύθυνση  
 .....

Με την αρ. .... απόφαση διαγραφής διεγράφη από τα Μητρώα  
 ασφαλισμένων από ....., καθώς σύμφωνα με την αρ. .... βεβαίωση Δ.Ο.Υ  
 ..... στις ..... προέβη σε οριστική παύση των εργασιών του  
 επαγγέλματός του/της.

Ο συνολικός χρόνος ασφάλισής του κατά την ημερομηνία έκδοσης της παρούσης ανέρχεται σε  
 ..... έτη και ..... μήνες.

Ο ανωτέρω έχει καταβάλει εισφορές στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας από ..... έως  
 ....., ήτοι ..... έτη , ..... μήνες, .....  
 .....  
 .....,<sup>1</sup>

έχει ή δεν έχει<sup>2</sup> υπαχθεί στην προαιρετική ασφάλιση του ΟΑΕΕ μετά τη διακοπή της  
 δραστηριότητάς του, έχει ή δεν έχει<sup>3</sup> υποβάλει στον ΟΑΕΕ αίτηση για συνταξιοδότηση.

<sup>1</sup> Συμπληρώνεται κατά περίπτωση μία από τις εξής φράσεις:

α. «Έχει εξοφλήσει ολοσχερώς τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές και τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία».

β. «Έχει ρυθμίσει τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές και τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία και είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης μέχρι .....».

<sup>2</sup> Διαγράφεται αναλόγως η λέξη «έχει» ή η φράση «δεν έχει».

<sup>3</sup> Διαγράφεται αναλόγως η λέξη «έχει» ή η φράση «δεν έχει».

Η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται ύστερα από την αρ. .... αίτηση του  
..... για χρήση στον ΟΑΕΔ.

**Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΑΕΕ**

.....



**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Β' :** Διαγραφέντες – επανεγγραφέντες – διαγραφέντες από τα Μητρώα Ασφαλισμένων



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
& ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Οργανισμός**  
**Ασφάλισης**  
**Ο.Α.Ε.Ε. Ελευθέρων**  
**Επαγγελματιών**

Αρ. πρωτ. ....

**ΠΡΟΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....  
ΤΜΗΜΑ: .....  
Ταχ. Δ/ση: .....  
Ταχ. Κώδικας: .....  
Πληροφορίες: .....  
Τηλέφωνο: .....  
Fax: .....

.....  
.....  
.....

### ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο Οργανισμός Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) πιστοποιεί ότι:

Ο/Η ..... ΤΟΥ .....  
κάτοικος ..... οδός .....  
υπήχθη στην ασφάλιση του Οργανισμού με ΕΑΜ ..... ΑΜΚΑ .....  
με έναρξη ασφάλισης ..... για τη δραστηριότητα  
..... που άσκησε στη διεύθυνση  
.....

Με την αρ. .... απόφαση διαγραφής διεγράφη από τα Μητρώα ασφαλισμένων από ....., καθώς σύμφωνα με την αρ. .... βεβαίωση Δ.Ο.Υ ..... στις ..... προέβη σε οριστική παύση των εργασιών του επαγγέλματός του/της (χρόνος ασφάλισης από την εγγραφή έως τη διαγραφή ..... έτη, ..... μήνες).

Με την αρ. .... πράξη επανεγγραφής από ..... στα Μητρώα Ασφαλισμένων για τη δραστηριότητα ....., την οποία άσκησε στη διεύθυνση ..... και με την αρ. .... απόφαση διαγραφής, διεγράφη από τα Μητρώα ασφαλισμένων από ....., καθώς σύμφωνα με την αρ. .... βεβαίωση Δ.Ο.Υ ..... στις ..... προέβη σε οριστική παύση των εργασιών του επαγγέλματός του/της (χρόνος ασφάλισης από την επανεγγραφή έως τη διαγραφή ..... έτη, ..... μήνες).

Ο συνολικός χρόνος ασφάλισης του κατά την ημερομηνία έκδοσης της παρούσης ανέρχεται σε ..... έτη και ..... μήνες.

Ο ανωτέρω έχει καταβάλει εισφορές στον Ειδικό Λογαριασμό Ανεργίας από ..... έως ..... και από ..... έως ....., ήτοι ..... έτη, ..... μήνες,  
.....

.....<sup>1</sup>  
.....  
έχει ή δεν έχει υπαχθεί<sup>2</sup> στην προαιρετική ασφάλιση του ΟΑΕΕ μετά τη διακοπή της δραστηριότητάς του, έχει ή δεν έχει<sup>3</sup> υποβάλει στον ΟΑΕΕ αίτηση για συνταξιοδότηση.  
Η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται ύστερα από την αρ. .... αίτηση του ..... για χρήση στον ΟΑΕΔ.

## Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΑΕΕ

.....

<sup>1</sup> Συμπληρώνεται κατά περίπτωση μία από τις εξής φράσεις:

α. «Έχει εξοφλήσει ολοσχερώς τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές και τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία».

β. «Έχει ρυθμίσει τις οφειλόμενες ασφαλιστικές εισφορές και τυχόν οφειλές από οποιαδήποτε αιτία και είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης μέχρι .....».

<sup>2</sup> Διαγράφεται αναλόγως η λέξη «έχει» ή η φράση «δεν έχει».

<sup>3</sup> Διαγράφεται αναλόγως η λέξη «έχει» ή η φράση «δεν έχει».

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Γ'**: Ενήμεροι με τους όρους της ρύθμισης



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
& ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Ο.Α.Ε.Ε.** Οργανισμός  
Ασφάλισης  
Ελευθέρων  
Επαγγελματιών

Αρ. πρωτ. ....

**ΠΡΟΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....  
ΤΜΗΜΑ: .....  
Ταχ. Δ/ση: .....  
Ταχ. Κώδικας: .....  
Πληροφορίες: .....  
Τηλέφωνο: .....  
Fax: .....

.....  
.....  
.....  
.....

### **ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο Οργανισμός Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) πιστοποιεί ότι:

Ο/Η ..... ΤΟΥ .....  
κάτοικος ....., οδός .....  
ΕΑΜ ....., ΑΜΚΑ ....., στον οποίο χορηγήθηκε κατ' εφαρμογή της αρ.  
Φ.80000/8285/253/26-03-2013 Υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ/705 τ.Β'), όπως τροποποιήθηκε  
και ισχύει, η αρ. πρωτ. .... βεβαίωση<sup>1</sup> του τμήματός μας για χρήση στον ΟΑΕΔ,  
ο οποίος ρύθμισε τις οφειλόμενες στον ΟΑΕΕ ασφαλιστικές του εισφορές και τυχόν οφειλές  
του από οποιαδήποτε αιτία και είναι ενήμερος με τους όρους της ρύθμισης μέχρι  
.....

Η παρούσα βεβαίωση εκδίδεται ύστερα από την αρ. .... αίτηση του  
..... για χρήση στον ΟΑΕΔ.

**Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΑΕΕ**

.....

<sup>1</sup> Αναγράφονται τα στοιχεία της πρώτης χορηγηθείσας βεβαίωσης για χρήση στον ΟΑΕΔ.

