



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**



**Αθήνα,
Αρ. Πρωτ.:**

ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ
ΤΜΗΜΑ
Ταχ. Δ/νση:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
fax:
e-mail:

ΠΡΟΣ:
.....
.....
ΚΟΙΝ:

ΑΠΟΦΑΣΗ
Εγγραφής/Επανεγγραφής στα Μητρώα Ασφαλισμένων του Ε.Φ.Κ.Α.
(Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών τέως ΟΓΑ)
(Άρθρο 2 Ν. 4554/2018)

Τ..... **ΑΜ**
και ΑΜΚΑ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2458/97, όπως ισχύουν.
 2. Τις διατάξεις του Ν. 4387/16, όπως ισχύουν.
 3. Τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 4554/2018.
 4. Την αρ..... βεβαίωση έναρξης/μεταβολής εργασιών της Δ.Ο.Υ.....
 5. Την αρ..... αίτηση τ..... ασφαλισμέν..... για εγγραφή/επανεγγραφή στα Μητρώα Ασφαλισμένων του ΕΦΚΑ (Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του τέως ΟΓΑ).
 6. Τα κάτωθι δικαιολογητικά διαπίστωσης άσκησης επαγγέλματος:
-
.....
.....

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την εγγραφή/επανεγγραφή στα Μητρώα Ασφαλισμένων του Ε.Φ.Κ.Α. (Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών τέως ΟΓΑ), του/της από διότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφάλισής του/της με βάση τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 4554/2018.

Ο/Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ/Η ΠΕΡ/ΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

.....

Την παρούσα απόφαση μπορείτε να την προσβάλλετε με ένσταση ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής εντός 30 ημερών από την παραλαβή της.



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**



ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ
ΤΜΗΜΑ
Ταχ. Δ/νση:
Πληροφορίες:
Τηλέφωνο:
fax:
e-mail:

Αθήνα,
Αρ. Πρωτ.:

ΠΡΟΣ:

ΚΟΙΝ:

ΑΠΟΦΑΣΗ

**Διαγραφής από τα Μητρώα Ασφαλισμένων του Ε.Φ.Κ.Α.
(Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών τέως ΟΓΑ)
(Άρθρο 2 Ν. 4554/2018)**

Τ..... ΑΜ
και ΑΜΚΑ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν.2458/97, όπως ισχύουν.
2. Τις διατάξεις του Ν. 4387/16, όπως ισχύουν.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 4554/2018.
3. Την αρ. βεβαίωση διακοπής/μεταβολής εργασιών της Δ.Ο.Υ
4. Την αρ. πρωτ..... αίτηση τ..... ασφαλισμέν..... για διαγραφή από τα Μητρώα Ασφαλισμένων του ΕΦΚΑ (Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών τέως ΟΓΑ) .

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Τη διαγραφή από τα Μητρώα Ασφαλισμένων του Ε.Φ.Κ.Α. (Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών τέως ΟΓΑ), του/της..... από διότι πληρούνται οι προϋποθέσεις διαγραφής του/της με βάση τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 4554/2018.

Ο/Η ΠΡΟΣΙΣΤΑΜΕΝΟΣ/Η ΠΕΡ/ΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

.....

Την παρούσα απόφαση μπορείτε να την προσβάλλετε με ένσταση ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής εντός 30 ημερών από την παραλαβή της.