**ΒΕΒΑΙΩΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

Ο υπογραφόμενος εργοδότης…………………………………………………………...................

Είδος επιχείρησης………………………………………………………………………...................

Διεύθυνση …………………………………………………………………………………………….

ΑΜE/AMOE ……………………………….. ΑΦΜ…………………………………………………

ΤΗΛ………………………………………………………..

Στοιχεία Ταυτότητας………………………………………………………………………

**Βεβαιώνω και δηλώνω υπεύθυνα με την παρούσα έχοντας γνώση των συνεπειών του νόμου για ψευδή δήλωση, ότι** η ασφαλισμένη…………………………………………………….. με ΑΦΜ ………………………………., κατά την έναρξη της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας **βρίσκεται σε ενεργό εργασιακή σχέση με την επιχείρησή μας**.

Η ανωτέρω ασφαλισμένη προσλήφθηκε την ……………………………….με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου/ορισμένου\* χρόνου με πλήρη/μερική\*\* απασχόληση ή με σύμβαση έμμισθης εντολής (1).

\*(Σε περίπτωση σύμβασης εργασίας ορισμένου χρόνου η ημερομηνία λήξης είναι η …………………)

\*\*(Σε περίπτωση μερικής απασχόλησης η ασφαλισμένη εργάσθηκε κατά μέσο όρο………………………………..(….) ημέρες μηνιαίως ή……………………………….(….) ώρες ημερησίως, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου που προηγήθηκε της άδειας κυοφορίας).

Η ασφαλισμένη έλαβε **άδεια μητρότητας (κυοφορίας – λοχείας ή λοχείας για θετές/τεκμαιρόμενες μητέρες)** για την οποία επιδοτήθηκε από τον ασφαλιστικό της φορέα από …………………. έως ………………….

Έλαβε την **ισόχρονη προς το μειωμένο ωράριο άδεια** (2) από………………….έως………………….

Έλαβε **κανονική άδεια** (3) από …………………..έως………………..

Έλαβε **άλλη νόμιμη άδεια** από …………………..έως……………….. Είδος άδειας: ………………….. (Συμπληρώνεται εφόσον έχει ληφθεί άλλη νόμιμη άδεια πέραν των ανωτέρω, π.χ. επιπλέον άδεια λοχείας, αναρρωτική, γονική κ.α. Προσθέστε πεδία σε περίπτωση περισσότερων επιπλέον νομίμων αδειών).

Η **ειδική άδεια προστασίας της μητρότητας** χορηγήθηκε από την επιχείρησή μας για το/τα διάστημα/-τα (4) : από …………………έως…………………

από …………………έως…………………

από …………………έως…………………

Το **Ταμείο Υγείας (5)** της ανωτέρω είναι το ………………………………... και οι εισφορές ανέρχονται σε ……% για τον εργοδότη και ………% για την εργαζόμενη.

Το **Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (6)** της ανωτέρω είναι το ………………………………... και οι εισφορές ανέρχονται σε ……% για τον εργοδότη και ………% για την εργαζόμενη.

Διεύθυνση όπου εργάζεται η ασφαλισμένη:……………………………………………………….

Η βεβαίωση αυτή δίνεται στην ανωτέρω ασφαλισμένη για να την χρησιμοποιήσει στη Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (Δ.ΥΠ.Α.), προκειμένου να της χορηγηθεί η **ειδική παροχή προστασίας της μητρότητας**.

ΤΟΠΟΣ:……………………………..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ………/……/……..

Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ –ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(1): Διαγράφονται οι ενδείξεις που δεν ισχύουν

(2, 3): Συμπληρώνονται **εφόσον** χορηγήθηκαν οι εν λόγω άδειες

(4): Συμπληρώνεται συνεχόμενα ή τμηματικά **εφόσον** χορηγείται εναλλακτικά με τον πατέρα

(5, 6): **Υποχρεωτική συμπλήρωση**