

### Καταχώριση συμμετεχόντων σε σχέδιο διαμοιραζόμενης εργασίας

Εάν έχετε περισσότερα από 7 άτομα σε μια μονάδα που επηρεάζεται, φωτοτυπήστε αυτήν τη σελίδα για τα επιπλέον ονόματα.  
Εάν έχετε περισσότερες από μία μονάδες που επηρεάζονται, φωτοτυπήστε αυτήν τη σελίδα και συμπληρώστε την για κάθε μία από τις άλλες μονάδες.

Όνομα εργοδότη και διεύθυνση χώρου εργασίας	Αριθμός Εγγραφής Εργοδότη	Ημερομηνία
---	---------------------------	------------

**Όνομα μονάδας που επηρεάζεται:**

**Προτεινόμενη Ποσοστιαία Μείωση<sup>1</sup>:**

Όνομα εργαζομένου	MI	Επίθετο εργαζομένου	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης εργαζομένου	Κανονικές ώρες εργασίας <sup>2</sup>	Ο συγκεκριμένος εργαζόμενος εργάζεται για εσάς με καθεστώς Εποχικής, Προσωρινής ή Διαλείπουσας Απασχόλησης; (Ναι ή Όχι)	Εργάτης με αμοιβή κατ' αποκοπήν (Ναι ή Όχι)	Όνομα Συνδικαλιστικού Σωματείου και Τοπικός Αριθμός <sup>3</sup>	Ημερομηνία έναρξης ισχύος για Διαμοιραζόμενη Εργασία <sup>4</sup>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Αριθμός εργαζομένων στην μονάδα που επηρεάζεται: \_\_\_\_\_

Αριθμός εργαζομένων σε καθεστώς διαμοιραζόμενης εργασίας: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Δεν πρέπει να είναι κάτω από 20% και πάνω από 60%

<sup>2</sup> Δεν πρέπει να είναι περισσότερο από 40 ώρες την εβδομάδα

<sup>3</sup> Εάν ο εργαζόμενος είναι μέλος Συνδικαλιστικού Σωματείου, πρέπει να συμφωνήσει ο αντίστοιχος συλλογικός εκπρόσωπος (σημείο 14)

<sup>4</sup> Απαιτείται μόνο για τροποποίηση υπάρχοντος σχεδίου