|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ**  **MINISTRY OF INTERIOR** |  |
| **ΤΜΗΜΑ ΑΡΧΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ**  **CIVIL REGISTRY AND MIGRATION DEPARTMENT** |
| **Ο περί Αλλοδαπών και Μεταναστεύσεως Νόμος, Κεφ.105**  **The Aliens and Immigration Law, Cap. 105**  **(Παράρτημα/ Annex VIII, Άρθρο/ Article 18NE)** |

**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ ΑΠΟ ΤΡΙΤΗ ΧΩΡΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ**

**FORM FOR REGISTERING THE DOMESTIC EMPLOYMENT OF A THIRD COUNTRY STUDENT AT PRIVATE HOUSEHOLDS WITH MORE THAN ONE EMPLOYERS**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ STUDENT’S PARTICULARS** | |
| **Επώνυμο(α)/Surname(s):** | **Όνομα(τα)/Name(s):** |
| **Αριθμός Εγγραφής (ΔΕΑ)/ registration Number (ARC):** | |
| **Διεύθυνση διαμονής και στοιχεία επικοινωνίας στη Δημοκρατία / Residence address and contact details in the Republic:** | |
| Οδός και αριθμός/Street and street no: | |
| Περιοχή/Area: |  |
| Ταχ.Κώδ./Postal code: |  |
| Πόλη/City: |  |
| 🗶…………………………………………..…………………………………………...…  **Υπογραφή φοιτητή / Student’s signature** | ………………………  **Ημερομηνία / Date** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ / PARTICULARS OF THE EMPLOYMENT** | | | | |
| **Ημερ./Date** | **Ώρες Απασχόλησης/ employment Hours** | **Αμοιβή/ Remuneration (€)** | **Όνομα και Διεύθυνση Εργοδότη/ Employer’s name and Address** | **Υπογραφή Εργοδότη/ Employer’s Signature** |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ / PARTICULARS OF THE EMPLOYMENT** | | | | |
| **Ημερ./Date** | **Ώρες Απασχόλησης/ employment Hours** | **Αμοιβή/ Remuneration** | **Όνομα και διεύθυνση εργδότη/ Employer’s name and Address** | **Υπογραφή Εργοδότη/ Employer’s Signature** |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |
|  |  |  |  | 🗶 |