

Προς
 Διοικητικό Συμβούλιο
 Ταμείου Συντάξεως Δικηγόρων
 Φλωρίνης 11, Γρ. 202,
 1065 Λευκωσία

Ημερ.: _____

Κύριοι,

Ο/Η υποφαινόμενος/η _____ εκ _____ με αρ. δελτίου ταυτότητας _____ χήρος/α του/της αποβιώσαντος/σας την _____ εισφορέα του Ταμείου Συντάξεως Δικηγόρων, τέως εκ _____ ο/η οποίος/α ανήκε στην δύναμη του Δικηγορικού Συλλόγου _____, αιτούμαι την παροχή σε μένα τον/την χήρο/α και, τα συνταξίμου ηλικίας τέκνα του/της αποβιώσαντος/σας, την αναλογούσα στον καθένα εξ αυτών μηνιαία σύνταξη.

Περαιτέρω αιτούμαι την καταβολή σε μένα τον/την χήρο/α και στα συνταξίμου ηλικίας τέκνα του/της αποβιώσαντος/σας του αναλογούντος εφ' άπαξ ποσού, παρέχων/ουσα υπευθύνως και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου την διαβεβαίωση ότι ουδεμία των προνοιών της παρ. (5) του Καν. 17Α των περί Δικηγόρων (Συντάξεις και χορηγήματα) Κανονισμών του 1966 έως 2017 τυγχάνει εφαρμογής στην περίπτωση του ρηθέντος αποβιώσαντος συζύγου μου.

(Σημ: Το αίτημα για παροχή εφ' άπαξ ποσού διαγράφεται σε περίπτωση που ισχύει για τον αιτητή οποιαδήποτε πρόνοια της παρ. (5) του Καν. 17Α).

Προσωπικά στοιχεία αποβιώσαντος/σας:

Όνοματεπώνυμο: _____
 Αριθμός εγγραφής στο Μητρώο Δικηγόρων: _____
 Αριθμός δελτίου ταυτότητας: _____
 Ημερομηνία γάμου: _____

Διεύθυνση και τηλέφωνο επικοινωνίας χήρου/ας:

Γραφείο: _____
 Οικία: _____

Στοιχεία τέκνων αποβιώσαντος/σας:

Όνομα	Διεύθυνση	Ημ. Γεννήσεως	Αρ. δελτίου ταυτότητας
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Υπ.) _____
 Χήρος/α αποβιώσασας/ντος εισφορέα