



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



**Ενιαίος  
Φορέας  
Κοινωνικής  
Ασφάλισης**

..... Δ/ΝΣΗ .....  
**ΤΜΗΜΑ:** .....  
**Ταχ. Δ/νση :** .....  
**Πληροφ.:** .....  
**Τηλ.:** .....  
**E-Mail :** .....

**Ημερομηνία :**

**Αρ. Πρωτ.:**

**ΠΡΟΣ:**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Από τα στοιχεία που τηρούνται στο Πληροφοριακό Σύστημα η επιχείρηση με

**Επωνυμία** ....., **Α.Μ.Ε.** : .....,

**Α.Φ.Μ.** : ....., έχει υπαχθεί στο πρόγραμμα επιδότησης εργοδοτικής εισφοράς για μισθωτούς έως 25 ετών σύμφωνα με το άρθρο 86 του Ν. 4583/2018 από ..... / ..... / ..... (Εγκ. ΕΦΚΑ .../2019).

Η παρούσα χορηγείται κατόπιν αιτήσεως για κάθε νόμιμη χρήση.

**Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ**

**Υπόδειγμα βεβαίωσης**