

Ημερομηνία υποβολής: .../.../.....
Αρ. Πρωτ.: (συμπληρώνεται από τη Δομή)

Προς:
ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
Λεωφ. Μαραθώνος 1, 19005 Νέα Μάκρη
Τηλέφωνο : 22940 91206-96013
Fax : 22940 – 91407
E-mail : info@pammakaristos.eu

Αίτηση συμμετοχής ωφελούμενου

**στην Πράξη «ΚΔΗΦ του Ιδρύματος για το παιδί «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»» (κωδ. MIS 5002641)
του Ε.Π. «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020»**

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
ΟΝΟΜΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΕΠΩΝΥΜΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΦΥΛΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>	ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΗΛΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΟΛΗ:	ΝΟΜΟΣ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:	ΑΜΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:	
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ <input type="checkbox"/> ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ <input type="checkbox"/> ΣΥΔ <input type="checkbox"/> ΙΔΙΩΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ <input type="checkbox"/> ΤΡΙΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ <input type="checkbox"/>

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ <input type="checkbox"/> ΤΡΙΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ <input type="checkbox"/>
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΝΕΡΓΟΣ <input type="checkbox"/>

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ X ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
1	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ. ΣΕ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ (Π.Χ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ) ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ. ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) Ή ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΛΗΝΑ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2020 Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ)	<input type="checkbox"/>
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΣΧΥ	<input type="checkbox"/>
4	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	<input type="checkbox"/>
5	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ Η ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (ΜΕΡΙΚΗ Ή ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ) (ΓΙΑ ΜΙΣΘΩΤΟΥΣ/ΕΣ)	<input type="checkbox"/>
6	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ Ν. 1599/1986 ΑΝ Ο ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η Ή ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	<input type="checkbox"/>
7	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΕΝ ΙΣΧΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΡΓΟΣ	<input type="checkbox"/>
8	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑμεΑ)	<input type="checkbox"/>
9	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΟΠΩΣ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΠ, Ή ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΙΚΑ)	<input type="checkbox"/>



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ X ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
11	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 8 ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ Ν. 1599/1986 ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΠΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ: ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΔΗΦ/ΛΟΙΠΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΠΗΓΗ (Π.Χ. ΕΟΠΥΥ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΚΔΗΦ Ή ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΑΡΕΜΦΕΡΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ Ή/ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	<input type="checkbox"/>
12	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ COVID-19 <i>(σε περίπτωση που έχει ολοκληρωθεί ο εμβολιαστικός κύκλος)</i>	<input type="checkbox"/>
	ΤΕΚΜΗΡΙΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ <i>(σε περίπτωση που εκκρεμεί η δεύτερη δόση)</i>	<input type="checkbox"/>
	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ <i>(σε περίπτωση που ο υποψήφιος έχει νοσήσει (ισχύς για διάστημα έξι (6) μηνών από τη νόσηση)</i>	<input type="checkbox"/>
	ΕΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΜΟΔΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (1 ^η ΥΠΕ) <i>(σε περίπτωση που υφίστανται αποδεδειγμένοι λόγοι που εμποδίζουν τη διενέργεια του εμβολίου για τον ωφελούμενο)</i>	<input type="checkbox"/>
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ΚΚΠΠ, Κ.Α.		
1	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ /ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ /ΚΚΠΠ Κ.Α. ΠΟΥ ΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΙ ΟΤΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ ΣΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>
2	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΔΗΦ. ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	<input type="checkbox"/>



Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ Χ ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
3	ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ ΚΚΠΠ, Κ.Α. Η ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΣΗΜΕΙΩΝ 1,2,4 ΚΑΙ 9, ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΧΕΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος/η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με κωδ. ΟΠΣ 5002641 στον Άξονα Προτεραιότητας 9 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020».

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας/κηδεμόνας/νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωπος του ιδρύματος διαμονής του/της ωφελούμενου/ης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/η, που νομίμως εκπροσωπώ δυνάμει της υπ' αριθμ. Απόφασης Δικαστικής Συmpαράστασης, από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με κωδ. ΟΠΣ 5002641 στον Άξονα Προτεραιότητας 9 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020».

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)