

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΑΜΑ, / /

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΡ.ΠΡΩΤ. :

ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ

Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

& ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

& ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΙΣΟΤΗΤΑΣ

Ταχ. Δ/νση: Λ. Δημοκρατίας 28

Τ.Κ.: 18863

Τηλέφωνο: 213 2037102-107

Φαξ: 213 2037208

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς:** ***Δήμο*** | ***Αρμόδια Υπηρεσία*** | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **AMKA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΑΦΜ:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΔΟΥ:** |
| **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΑΔΤ/ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** |
| **ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:**  | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** | **ΤΗΛ./ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:** |
| **Τ.Κ.: ΔΗΜΟΣ:** | **E-MAIL:** |

 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

 **(Σύζυγος και εξαρτώμενα τέκνα)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ΣΥΖΥΓΟΣ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΜΚΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΦΜ** |  |  |  |  |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις[[1]](#footnote-1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Διαθέτω ενεργή ασφαλιστική ικανότητα: **Ναι Όχι**

2. Κατοικώ μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

3. Συναινώ στο σύνολο των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων και λοιπών ελέγχων που θα πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση των στοιχείων που δηλώνω στην αίτηση.

**Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**

*1. Φωτοτυπία ταυτότητας/διαβατηρίου ή φωτοτυπία άδειας διαμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.*

*2. Αποδεικτικό κατοικίας:*

* *φορολογική δήλωση Ε1*
* *μισθωτήριο συμβόλαιο σε περίπτωση ενοικίασης της κατοικίας*
* *λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου*

*3. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα*

*4. Ιατρική γνωμάτευση:*

 **Ναι Όχι**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**

**(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση/ πληρεξούσιο/ απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και στοιχεία ταυτότητας)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **ΑΔΤ:** |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** |

 **……..…….(Πόλη-Ημερομηνία)**

**Ο/Η ΑΙΤ………**

**……………………(υπογραφή**

1. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών. [↑](#footnote-ref-1)