



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ  
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
& ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
& ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΙΣΟΤΗΤΑΣ  
Ταχ. Δ/ση: Λ. Δημοκρατίας 28  
Τ.Κ.: 18863  
Τηλέφωνο: 213 2037102-107  
Φαξ: 213 2037208

Πέραμα,  
Αρ. Πρωτ.

### ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ»

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Όνομ/μο:..... Α.Δ.Τ:.....  
Ημ. Γεννήσεως:..... Τηλέφωνο σταθερό:..... Κινητό:.....  
Διεύθυνση:..... Τ.Κ.:..... Περιοχή:.....  
ΑΦΜ:..... ΑΜΚΑ:.....

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Εργαζόμενος/η:  Άνεργος/η:  Μήνες Ανεργίας: ..... Συνταξιούχος:

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Έγγαμος/η:  Άγαμος/η:  Διαζευγμένος/η:  Σε διάσταση:   
Χήρος/α:  Μονογονεϊκή Οικογένεια:

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:

Α. Ανασφάλιστος/η:  Β. Ασφαλισμένος/η:

#### ΑΙΤΗΜΑ:

*Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα «Ιατρική Διάγνωση» λόγω άμεσης ανάγκης για πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων για λόγους υγείας.*

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΚΑΤΑΘΕΤΩ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

1. Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ή Άδεια παραμονής για τον αιτούντα.
2. Αντίγραφο λογαριασμού ΔΕΚΟ στο όνομα του αιτούντος ή μισθωτήριο συμβόλαιο από το οποίο πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας και η περίπτωση φιλοξενίας ή παραχώρησης θα βεβαιώνεται από το έντυπο Ε1.
3. Αντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης Ε1 και εκκαθαριστικό σημείωμα τρέχοντος έτους.
4. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Απορίας.
5. Φωτοτυπία ιατρικού παραπεμπτικού.
6. Άλλο :.....

**Ημερομηνία:.....**

**Υπογραφή αιτούντος /σας**

---