ΑΡ.ΠΡΩΤ.:

 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΤΗΛ: 2271033324 / FAX: 2271033323

egany.org / egany\_chios@hotmail.com

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**Περιγραφή αιτήματος: «Εισαγωγή σε ΣΥΔ βάση του γενικού εγγράφου**

**του ΕΟΠΥΥ με αρ. πρωτ. 16685/21-4-2017»**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ |  | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ |  | ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| Α.Δ.Τ |  | ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| Α.Φ.Μ. |  | ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| Α.Μ.Κ.Α. |  | ΑΣΦΑΛ. ΙΔΙΟΤΗΤΑ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ |  | EMAIL |  |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  | ΦΑΞ |  |
| ΟΔΟΣ |  | Τ.Κ. |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ |  | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ |  | ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| Α.Δ.Τ |  | ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| Α.Φ.Μ. |  | ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΟΔΟΣ |  | EMAIL |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ |  | ΦΑΞ |  |
| Τ.Κ. |  |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ** | **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** |
| 1 | ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ |  |  |  |
| 2 | ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΦΟΡΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ |  |  |  |
| 3 | ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΝΑ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ |  |  |  |
| 4 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Α.Δ.Τ |  |  |  |
| 5 | ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ |  |  |  |
| 6 | ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Β.ΑΙΓΑΙΟΥ |  |  |  |
| 7 | ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ  |  |  |  |

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Χίος, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Ο/Η Δηλ\_\_\_\_\_\_