



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΔΗΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ  
Διεύθυνση Κοινωνικής Συνοχής  
Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και  
Ισότητας των Φύλων

ΑΡ. ΠΡΩΤ: .....

ΑΙΤΗΜΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΙΜΑΤΙΟΘΗΚΗ  
ΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ

**Στοιχεία Εξυπηρετούμενου**

Επώνυμο:..... Όνομα:..... Α.Δ.Τ.....

Ημερομηνία Γεννήσεως:..... Τηλέφωνο:..... Κινητό:.....

Διεύθυνση:..... Τ.Κ.:..... Περιοχή:.....

Επάγγελμα:..... Α.Φ.Μ..... ΑΜΚΑ..... E-mail:.....

Εκπαιδευτική Βαθμίδα: Άνευ Εκπ/σης  Υποχρεωτική  Β΄θμια  Τεχνολογική   
Πανεπιστημιακή  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η  Άγαμος/η  Διαζευγμένος/η   
Χήρος/α  Διάσταση  Σύμφωνα Συμβίωσης

**Στοιχεία συζύγου:**

Επώνυμο:..... Όνομα:..... Α.Δ.Τ.....

Ημερομηνία Γεννήσεως:..... Τηλέφωνο:..... Κινητό:.....

Διεύθυνση:..... Τ.Κ.:..... Περιοχή:.....

Επάγγελμα:..... Α.Φ.Μ..... ΑΜΚΑ..... E-mail:.....

**Ονόματα και ηλικίες παιδιών & ενηλίκων μελών που διαβιούν στην ίδια οικία:**

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΜΚΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Επαγγελματική Κατάσταση / Ιδιότητα
1				
2				
3				
4				
5				

## Υπεύθυνη Δήλωση:

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Εγώ ο /η ..... με Α.Δ.Τ..... και

ΑΜΚΑ.....

με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(1)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις. Επίσης συμφωνώ και αποδέχομαι ότι η Διεύθυνση Κοινωνικής Συνοχής θα διατηρεί σε αρχείο και θα επεξεργάζεται τα δεδομένα που αφορούν την αίτησή μου, σύμφωνα με το Ν. 2472/1997 περί "Προστασίας του Ατόμου από την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα", των αποφάσεων και κανονισμών της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα {Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου}<sup>(2)</sup>.

Κάνω χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης, όπως:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ (ΚΕΑ)	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ (ΤΕΒΑ/FEAD)	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>
ΣΥΣΣΙΤΙΟ Ι.Ν. ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ ΑΡΓ/ΛΗΣ ή άλλης Εκκλησίας	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>
ΚΑΠΗ ΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	<b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b>

Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων. Είμαι ενήμερος/η για τον κανονισμό λειτουργίας της Δημοτικής Ιματιοθήκης και αποδέχομαι όλους τους όρους.

Εξουσιοδοτώ τον/την αρμόδιο Κοινωνικό/η Λειτουργό του Δήμου Ελληνικού – Αργυρούπολης να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.

Αποδέχομαι ο/η αρμόδιος/α Κοινωνικός/η Λειτουργός της Υπηρεσίας να πραγματοποιήσει κατ' οίκον κοινωνική έρευνα για περαιτέρω διερεύνηση των κοινωνικών αναγκών (ατόμου και οικογένειας).

**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 ετών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.