

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**

**Δ.ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

# ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**  **ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

# ΘΕΜΑ: " Ανανέωση Δελτίου Μετακίνησης Α.Μ.Ε.Α. για το έτος 20…."

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  | |  | |
| **Όνομα:** |  | |  | |
| **Δ/νση**  **Κατοικίας:** | Περιοχή: | Οδός, αριθμός: | | Τ.Κ.: |
| **Α.Δ.Τ.:** |  | |  | |
| **Τηλέφωνο**  **επικοινωνίας:** |  | |  | |

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 διαμένω μόνιμα στην παραπάνω αναγραφόμενη διεύθυνση και ότι τα δικαιολογητικά που σας προσκομίζω είναι ακριβή αντίγραφα από τα πρωτότυπα που έχω στην κατοχή μου.

**ΣΥΝ/ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Γνωμάτευση Α/θμιας επιτροπής, απόφαση Δ/ντη, απόκομμα ΟΓΑ κ.λ.π. | Επίδομα Κοινωνικής Πρόνοιας:  …………………………………………….. Λήξη: …………………………………..  (συμπληρώνεται από την υπηρεσία) | Ταμείο:  (συμπληρώνεται από την υπηρεσία) | Ποσοστό αναπηρίας:  (συμπληρώνεται από την υπηρεσία) |
| 2 | Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας (φωτοαντίγραφο) | | | |
| 3 | Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος **20….** ή υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/869 θεωρημένη από  την αρμόδια Δ.Ο.Υ. | | | |
| 4 | (Για τις νέες κάρτες) Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες ή τρείς (3) ίδιες, από τις οποίες η μία θα επικολλάται  στο δελτίου του συνοδού. | | | |

Ημερομηνία: ………. / ………./ 20…. Ο/Η ΑIT…………..

Υπογραφή