

Δομές Αντιμετώπισης φτώχειας Κοινωνικό Παντοπωλείο & Κοινωνικό Φαρμακείο Αίτηση ένταξης

Στοιχεία Εξυπηρετούμενου:

Ονοματεπώνυμο: _____ ΑΜΚΑ: _____

Α.Δ.Τ.: _____ Τηλέφωνο: _____ Κινητό: _____

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

Επάγγελμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος ☐ Άγαμος ☐ Διαζευγμένος ☐ Χήρος/α ☐ Άλλο ☐

Στοιχεία συζύγου:

Ονοματεπώνυμο: _____

Α.Δ.Τ.: _____ ΑΜΚΑ: _____ Επάγγελμα: _____

Ενήλικα και ανήλικα μέλη που κατοικούν στην ίδια οικία :

Α/ Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ Α	ΜΗΝΕΣ ΑΝΕΡΓΙΑ Σ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝ Η ΑΠΟ ΚΕΠΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Επιθυμώ την ένταξη μου στην παρακάτω δομή/ές:

Κοινωνικό Παντοπωλείο ☐ Κοινωνικό Φαρμακείο ☐

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή: _____

Ο Δήμος Αγίων Αναργύρων – Καματερού τηρεί με ασφάλεια τα προσωπικά σας δεδομένα και δεν πρόκειται να τα χρησιμοποιήσει για άλλους σκοπούς εκτός απ' αυτούς που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία και την συγκατάθεση που έχετε δώσει με την συμπλήρωση του επισυναπτόμενου εντύπου ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ- ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

