****

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Περιγραφή αιτήματος:** | | Υποβολή αίτησης για ένταξη στο Κοινωνικό Φαρμακείο του Δήμου Βόλου | | |
| **ΠΡΟΣ:** | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΒΟΛΟΥ Δ/νση: Τοπάλη 14 Βόλος | | ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |

**Α.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | |  | | | | Επώνυμο: | | | |  | | |
| Όνομα Πατέρα: | |  | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | |
| Όνομα Μητέρας: | |  | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | |
| Αριθ.Δελτίου Ταυτότητας: | |  | | | | Ημερομηνία γέννησης: | | | |  | | |
| Τόπος κατοικίας: | | Νομός: | |  | | | | Δήμος: | | |  | |
| Οδός: |  | | | | Αριθ: | |  | | ΤΚ: | | |  |
| Τηλέφωνα επικοινωνίας: | | | Κινητό: | | | | | Σταθερό: | | | | |

**Β.ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ/ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΕΙΔΟΣ ΣΧΕΣΗΣ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**Γ. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** | **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ** |
| 1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας. 2. Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο. 3. Άδειας παραμονής, για τους μετανάστες ….. 4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. 5. Ε1 και εκκαθαριστικό φορολογικού έτους 2016. 6. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (Ε9) ή 7. Υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των προστατευόμενων μελών. 8. Μία μικρή φωτογραφία του δικαιούχου. | 1. Αντίγραφο κάρτας ανεργίας. 2. Αντίγραφο Ιατρικής Γνωμάτευση. 3. Αντίγραφο Πιστοποίησης Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.). 4. Βεβαίωση δανείου πρώτης κατοικίας. 5. Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό εισόδημα αλληλεγγύης). 6. Νόμιμα δικαιολογητικά για μετανάστες, ομογενείς. |

**Ο / Η αιτών /ούσα**

**(Υπογραφή)**