

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΚΟΙΝΩΦΕΛΟΥΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Στοιχεία Αιτούντα

Όνοματεπώνυμο:.....

Α.Δ.Τ..... Ημερομηνία Γεννήσεως

Τηλέφωνο:Κινητό:.....

Διεύθυνση:.....

Τ.Κ.:.....Περιοχή:.....

ΑΜΚΑΑσφαλιστικός Φορέας.....Επάγγελμα:.....

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η Άγαμος /η Διαζευγμένος/η Σε διάσταση Χήρος/α

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

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΜΚΑ	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΓ/ΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	ΕΠΑΓ/ΜΑ - ΙΔΙΟΤΗΤΑ
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Οι ενδιαφερόμενοι που **επιθυμούν να ενταχθούν στο Κοινωνικό Φαρμακείο** υποβάλουν σχετική αίτηση /υπ. δήλωση, προσκομίζοντας τα παρακάτω δικαιολογητικά.

Απαραίτητη είναι η προσκόμιση όλων των απαιτούμενων δικαιολογητικών για όλα τα ενήλικα μέλη που ζουν μαζί.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Φωτοτυπία της Αστυνομικής Ταυτότητας, ή του διαβατηρίου και της άδειας παραμονής σε ισχύ, κατά περίπτωση (για κάθε ενήλικο μέλος)
 - Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (όχι παλαιότερο των 6 μηνών)
 - Φωτοτυπία εντύπου Ε1 (για κάθε ενήλικο μέλος) του τελευταίου φορολογικού έτους
 - Βεβαίωση ανεργίας ΟΑΕΔ για κάθε άνεργο μέλος της οικογενείας που δηλώνεται
 - Δικαιολογητικά που να πιστοποιείται αναπηρία/ασθένεια (εφόσον υπάρχει)
 - Ιατρική Γνωμάτευση της πάθησης (εφόσον υπάρχει)
- * Οι Δικαιούχοι του Κοινωνικού Φαρμακείου υποχρεούνται να προσκομίζουν την εν ισχύ συνταγή φαρμάκων (χειρόγραφη ή ηλεκτρονική)**

Υπεύθυνη Δήλωση : (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Εγώ ο /ημε Α.Δ.Τ.....
με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(1), 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.
Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που πιστοποιούν τα όσα δηλώνω, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου.
Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Δομών.
Είμαι ενήμερος/η για τον κανονισμό λειτουργίας του Κοινωνικού Φαρμακείου και αποδέχομαι όλους τους όρους.
Εξουσιοδοτώ τους υπεύθυνους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Δομών να διασταυρώνουν την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.

Συγκατάθεση:(Ν. 4624/2019)

Με την παρούσα δήλωση παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά , από το Δήμο Ν.Φιλ/φειας-Ν.Χαλκ/νας σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (GDPR)ή τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 για τους σκοπούς:
Την αξιολόγηση της αίτησης, την ταυτοποίηση και την ένταξή μου ως δικαιούχο σε προγράμματα ή παροχές του φορέα (& των μελών)
Τη διάθεση σε άλλη Αρχή για την ένταξή μου ως δικαιούχο σε προγράμματα.
Γνωρίζω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Ημερομηνία:.....

Ο/Η Αιτών /ούσα – Ο/Η Δηλών/ούσα
(Υπογραφή-Ονοματεπώνυμο)

.....