

**«Κοινωνικές δομές αντιμετώπισης της φτώχειας στους Δήμους Αγ.
Αναργύρων – Καματερού και Φυλής
ΝΟΣΤΟΣ_ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ»**

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΑΜΚΑ:

ΑΦΜ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:

Τ.Κ:

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ:

Παρακαλούμε σημειώστε:

Είστε συνταξιούχος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Είστε ασφαλισμένος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ

Με την παρούσα ζητώ να είμαι δικαιούχος στη δομή του **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση των σχετικών ανακοινώσεων και συμφωνώ να δώσω τα προσωπικά μου στοιχεία για τους σκοπούς της παρούσας πρόσκλησης.

Επίσης καταθέτω τα παρακάτω δικαιολογητικά σε κλειστό φάκελο:

(**αριθμήστε σε εμφανές σημείο** καθένα από τα δικαιολογητικά που καταθέτετε και καταγράψτε τα εδώ, **ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης**)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

/ /2013

Υπογραφή