

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΔΗΜΟΣ ΧΑΝΙΩΝ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ**

|  |
| --- |
| **ΠΡΟΣ:****ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ****ΚΔΑΠ ΑΜΕΑ** |

**ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΧΑΝΙΩΝ**

|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑ**  |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** |  |
| **ΑΦΜ** |  |
| **ΑΜΚΑ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ** |  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** |  |

**Με την παρούσα αίτηση εξουσιοδοτώ το ΚΔΑΠ ΑΜΕΑ Δήμου Χανίων για την δήλωση των παραπάνω στοιχείων στην ειδική ηλεκτρονική εφαρμογή του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, την οποία υλοποιεί και διαχειρίζεται η εταιρεία «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε.» (ΗΔΙΚΑ Α.Ε.).**

 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

 Ο / Η ΑΙΤΩΝ /ΑΙΤΟΥΣΑ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. **Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ωφελούμενου**
2. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης**
3. **Ιατρική Βεβαίωση για την κατάσταση υγείας του ωφελούμενου**
4. **Γνωμάτευση Πιστοποίησης Αναπηρίας σε ισχύ από ΚΕΠΑ, ΑΣΥΕ, ΑΝΥΕ, ή άλλη αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή που λειτουργούσε μέχρι την ψήφιση του ν. 3863/2010 (Α΄115)**
5. **«Αξία τοποθέτησης» (voucher) για λογαριασμό του ωφελούμενου**

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| *Λαμβάνοντας υπόψη το Νόμο 4624/2019 ( ΦΕΚ 137Α / 29 – 8 – 2019 περί****Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις,****α- Συμφωνώ στην καταγραφή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων  με σκοπό  την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΑΠΑμεΑ αναφορικά στο αίτημά μου για*

|  |
| --- |
|   |
|   |

*β- Γνωρίζω τα δικαιώματά μου για ενημέρωση, πρόσβαση και αντίρρηση στην συλλογή των δεδομένων μου,**γ- Ενημερώθηκα ότι στο πλαίσιο της διαδικασίας στατιστικής επεξεργασίας, τα ατομικά μου στοιχεία (πχ όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο) δεν θα κοινοποιούνται σε τρίτους, σύμφωνα με την Νομοθεσία για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.* |

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

 **Ο / Η ΑΙΤΩΝ /ΑΙΤΟΥΣΑ**