



ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ  
ΠΡΟΣ  
ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΜΕΑ  
ΔΗΜΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:	Όνομα:
Πατρώνυμο:	Έτος γέννησης:
Τόπος κατοικίας:	Οδός: Αριθμ.:
Α.Δ.Τ.:	ΑΦΜ:
ΑΜΚΑ:	Τηλ.:
Email:	Ανήλικα τέκνα: Αγόρια ..... Κορίτσια:.....

Παρακαλώ όπως εξετάσετε την ένταξή μου, στη δομή του:

Κοινωνικού Παντοπωλείου     Κοινωνικού Φαρμακείου     Τράπεζα ρουχισμού  
λόγω.....

Αποδέχομαι την επιτόπια κοινωνική έρευνα εφόσον κριθεί αναγκαίο για την ένταξή μου στις ανωτέρω δομές.

Δηλώνω ότι δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στη Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας, Δημόσιας Υγείας και ΑΜΕΑ του Δήμου Καρδίτσας όπως συλλέγει, φυλάσσει και επεξεργάζεται τα ως άνω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως αυτά τροποποιούνται.

Ενημερώθηκα ότι η άρνηση συναίνεσης, ή η μη προσκόμιση των απαιτούμενων δικαιολογητικών αποτελεί λόγο απόρριψης της ένταξής μου.

ΚΑΡΔΙΤΣΑ: ..../...../2024

ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:..../...../2024

Ο/Η ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η Ή Ο/Η ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ/ΡΙΑ

Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/Η



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

