****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4, Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος: «Έκδοση δελτίου μετακίνησης ΑΜΕΑ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ** **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ****ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ****ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνoνται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: \* |  | Α.Φ.Μ. |  | Αρ. ΆδειαςΟδήγησης:\* |  |
| Αρ. Διαβατηρίου:\* |  | Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* |  | Ιθαγένεια: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: | Χώρα: | Πόλη: | Οδός: | Αρ.: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):** Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο. |
| ΟΝΟΜΑ: |  | ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΠΑΤΕΡΑ: |  | ΑΔΤ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |  | ΟΔΟΣ: |  | ΑΡΙΘ: |  | ΤΚ |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E-mail: |  |

**Παρακαλώ για τη χορήγηση έκδοσης δελτίου μετακίνησης ΑΜΕΑ.**

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις1 που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

**«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)**

**2. Εξουσιοδοτώ την υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**

**3…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….»**

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας:
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας:
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:
 |

 ……………………….. Ο/Η αιτών/ούσα

 (ημερομηνία)

 (Σφραγίδα-υπογραφή)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».