

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ**

**ΠΡΟΣ**

**ΔΗΜΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ-ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΟΝΟΜΑ:**.....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :**..... **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:**.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** .....

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ..... **ΟΔΟΣ:** ..... **ΑΡΙΘΜΟΣ:**.....

**Τ. Κ.:** ..... **ΤΗΛ:** .....

**ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :** ..... **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:**.....

**Α.Φ.Μ.**..... **Α.Μ.Κ.Α.**.....

**ΑΜΑ**.....

Υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά και παρακαλώ για την ένταξη μου στους ωφελούμενους του Δημοτικού Κοινωνικού Φαρμακείου.

Αθήνα .....

Ο/Η ΑΙΤ.....

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

1. Αίτηση
2. Φωτοτυπία δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, διαβατηρίου, δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδεια διαμονής
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το Δήμο στον οποίο ανήκετε (τελευταίου εξαμήνου)
4. Φωτοτυπία λογαριασμού ΔΕΚΟ στο όνομα του ατόμου που ζητά την ένταξη (τελευταίου τριμήνου) ή μισθωτήριο συμβόλαιο
5. Φωτοτυπία εκκαθαριστικού σημειώματος εφορίας καθώς και φορολογική δήλωση (Ε1) τρέχοντος οικονομικού έτους ή βεβαίωση από την εφορία ότι δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση γιατί δεν έχει εισοδήματα
6. Για ανήλικους πιστοποιητικό γέννησης
7. Βιβλιάριο υγείας αν υπάρχει ή πρόσφατη ιατρική συνταγή, σε περίπτωση ανασφαλιστού παλαιότερη ιατρική συνταγή
8. Γνωματεύσεις Υγειονομικών επιτροπών σε περίπτωση αναπηρίας, αν υπάρχουν

*Ο αιτούμενος υποχρεούται να δηλώσει έγκαιρα στην υπηρεσία για τυχόν αλλαγές σε σχέση με την ασφαλιστική του ικανότητα και να προσκομίσει ότι έγγραφο του ζητηθεί για την ένταξη ή την αναθεώρηση του δικαιώματος αυτού.*

**ΔΗΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
Τηλέφωνο : 210-9961973  
Διεύθυνση: Αλεξίουπόλεως 27 Αργυρούπολη