



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ

Ημερομηνία.....

Αρ. Πρωτοκόλλου:.....

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΚΔΑΠ:	
ΚΔΑΠ ΑμεΑ:	

ΣΥΝΟΛΟ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ	
ΕΚΠΤΩΣΗ:	ΕΙΣΦΟΡΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΕΧΩ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΟ ΤΕΚΝΟ ΜΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/>
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙ <input type="checkbox"/> ΚΟΡΙΤΣΙ <input type="checkbox"/>		
ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΡΙΤΕΚΝΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΠΟΛΥΤΕΚΝΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΑΝΕΡΓΙΑ	<input type="checkbox"/>
Γονέας ή τέκνο στην οικογένεια με αναπηρία άνω του 35%	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/>	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΕΣΠΑ	<input type="checkbox"/>	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΙΣΦΟΡΑ	<input type="checkbox"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ-ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ		ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
Α.Φ.Μ .		Α.Φ.Μ .	
Δ.Ο.Υ		Δ.Ο.Υ	
Δ/ΝΣΗΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		Δ/ΝΣΗΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ		ΚΙΝΗΤΟ	

E-mail		E-mail	
--------	--	--------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΟΤΑΝ ΑΔΥΝΑΤΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΔΤ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ

Με την κατάθεση της αίτησής μου, δηλώνω, ότι επιθυμώ να εγγραφεί το παιδί μου στο ΚΔΑΠ /ΚΔΑΠ ΑμεΑ
.....του Δήμου
Ν. Προποντίδας.

Χρονικό διάστημα παρακολούθησης :.....

Βάρδια: Α ☐ Β ☐

Χρόνος προσέλευσης:.....

Χρόνος αποχώρησης:.....

Σημείωση: Ως συνολικό οικογενειακό εισόδημα, νοείται το δηλωθέν εισόδημα και τα αυτοτελώς φορολογούμενα ποσά (όπως αυτά αποτυπώνονται στο πεδίο Δ.1 του Εκκαθαριστικού).

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Με την υπογραφή της παρούσας αίτησης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) εν πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/-νη στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων, όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτησή μου και σε πιθανά επισυναπτόμενα δικαιολογητικά, από τον Δήμο Νέας Προποντίδας για τους παραπάνω λόγους και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται. Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα παραπάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσής μου στην επεξεργασία τους, καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

β) αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας των ΚΔΑΠ/ΚΔΑΠΑμεΑ, όπως αυτοί διατυπώνονται στον εκάστοτε ισχύοντα κανονισμό λειτουργίας (τήρηση ωραρίου λειτουργίας των Π.Σ, αργίες κλπ),

γ) είναι νόμιμα και αληθή τα προσκομισθέντα δικαιολογητικά,

δ) σε περίπτωση που κατατέθηκε το εκκαθαριστικό σημείωμα του προηγούμενου οικονομικού έτους, επειδή δεν είχε ολοκληρωθεί κατά τη διάρκεια των εγγραφών το εκκαθαριστικό σημείωμα του τρέχοντος έτους, δεσμεύομαι για την μετέπειτα κατάθεση του

..... / / 202

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

