|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ** **ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ**  | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** ………………................**ΑΡ. ΠΡΩΤ.:** ………………........................ |
|  | **ΠΡΟΣ :**Το Δήμο Αχαρνών Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών Δήμου Αχαρνών: «Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Αχαρνών» |

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ

ΔΟΜΗ **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ** ΔΗΜΟΥ ΑΧΑΡΝΩΝ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | Α.Φ.Μ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/Τ.Κ./ΠΕΡΙΟΧΗ |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ |  |

***Στοιχεία Αιτούμενου :***

Εκπαιδευτική Βαθμίδα: Άνευ Εκπ/σης Υποχρεωτική Β΄θμια Τεχνολογική

 Πανεπιστημιακή Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Ανεργία : Επίδομα Κάρτα Όχι

Ασφάλεια : Ναι Όχι

Άλλο……………………………………………………………………………………………………………………….

***Στοιχεία συζύγου :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | Α.Φ.Μ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/Τ.Κ./ΠΕΡΙΟΧΗ |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ |  |

***Ονόματα και ηλικίες παιδιών & ενηλίκων μελών που διαβιούν στην ίδια οικία*** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΑΜΚΑ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | Επαγγελματική Κατάσταση / Ιδιότητα |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

\* Για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων τα δικαιολογητικά θα εσωκλείονται σε σφραγισμένο φάκελο.

\* Οι ωφελούμενοι εξυπηρετούνται μόνο κατόπιν υπόδειξης συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής από Ιατρό συναφούς ειδικότητας, Ιδιώτη ή του Δημοσίου, σε ότι αφορά στα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

\* Για την εξυπηρέτησή τους από τη Δομή **Κοινωνικού Φαρμακείου** Δήμου Αχαρνών, οι ωφελούμενοι οφείλουν να προσκομίζουν οποιοδήποτε συμπληρωματικό δικαιολογητικό ζητηθεί από τα Στελέχη της Δομής και την Επιτροπή Αξιολόγησης των αιτήσεων.

\* **Η Δομή Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Αχαρνών δεν θα διαθέτει τις κατηγορίες φαρμάκων που υπάγονται στον Ν.1729/1987 και Ν.3549/2006 (φάρμακα ειδικής συνταγογράφησης, «μονής και διπλής κόκκινης γραμμής»).**

***Υπεύθυνη Δήλωση***:

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

1. Τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.
2. Σε περίπτωση αλλαγής της κοινωνικο-οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα τη Δομή Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Αχαρνών.
3. Είμαι ενήμερος/η για τον κανονισμό λειτουργίας της Δομής Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Αχαρνών και αποδέχομαι όλους τους όρους.
4. Εξουσιοδοτώ την αρμόδια Κοινωνική Λειτουργό της Δομής Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Αχαρνών να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.
5. Αποδέχομαι τη συλλογή και στατιστική επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/1997 περί "Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα", όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ****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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.