

ΣΤΗΝ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΕΥΑΛΩΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ Ή ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ – ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ – ΑΜΕΣΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ - ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ
(Σε περίπτωση εκπροσώπησης απαιτείται συνημμένα εξουσιοδότηση ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο ή δικαστική συμπαράσταση)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8Ν. 1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

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)

ΠΡΟΣ:	ΤΟΝ ΔΗΜΟ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία			
Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας		Επώνυμο Μητέρας			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*::		Αριθ. Άδειας Οδήγησης*:		Αριθ. Διαβατηρίου*:	
Ημερομηνία γέννησης*::			Τόπος Γέννησης		
Τόπος κατοικίας		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		E-mail:			

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας
Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του αρθ. 22 του Ν. 1599 / 1986, δηλώνω ότι:

- A) Συναινώ στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που συνοδεύουν το αίτημά μου και στην αξιοποίησή τους προς όφελος δημόσιου συμφέροντος.
- B1) Επιθυμώ να συμπεριληφθώ στο Μητρώο Ευάλωτων Ομάδων Πολιτών που θα σχηματιστεί για την έγκαιρη ενημέρωση και ειδοποίηση τους σε περίπτωση εφαρμογής του μέτρου της οργανωμένης προληπτικής απομάκρυνσης πολιτών στην περιοχή όπου διαβιώ και συγκεκριμένα στον Οικισμό:
Οδός
- B2) Επιθυμώ να συμπεριληφθεί ο(Ονοματεπώνυμο) στο Μητρώο Ευάλωτων Ομάδων Πολιτών που θα σχηματιστεί για την έγκαιρη ενημέρωση και ειδοποίησή τους σε περίπτωση εφαρμογής του μέτρου της οργανωμένης προληπτικής απομάκρυνσης πολιτών στην περιοχή όπου διαβιεί και συγκεκριμένα στον Οικισμό:..... Οδός
- Γ) Τα τηλέφωνα επικοινωνίας και το email είναι: Σταθερό :.....
Κινητό:..... Email:
- Δ) Κατηγορία Ευαλωτότητας (π.χ. ΑΜΕΑ, ηλικιωμένο άτομο)
- Ε) Κατηγορία αναπηρίας (π.χ. κώφωση, τύφλωση, κινητικά προβλήματα κλπ)
- ΣΤ) Το μεταφορικό μέσο που θα απαιτηθεί σε περίπτωση μετακίνησης:.....
- Ζ) Θα απαιτηθεί επιπλέον ιατρική φροντίδα στον χώρο παραμονής και προορισμού (π.χ Παροχή Οξυγόνου κλπ)

Κόρινθος.....

Ο/Η δηλών/ούσα

(Στο κυρίως κείμενο της δήλωσης επιλέγεται το B1 ή το B2)