**ΑΙΤΗΣΗ Χίος, ........../........../...........**

ΕΠΩΝΥΜΟ:................................................................

ΟΝΟΜΑ:..................................................................... **ΠΡΟΣ: Δ/νση Κοινωνικής Προστασίας,**

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:...................................................... **Παιδείας & Πολιτισμού Δήμου Χίου**

Α. Δ. Τ.:.......................................................................

Α.Φ.Μ.:........................................................................ Παρακαλώ να με εντάξετε στο πρόγραμμα παροχής

Α.Μ.Κ.Α.:…………………………………………………. ειδών διατροφής και λοιπών ειδών πρώτης ανάγκης,

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.................................................. του Κοινωνικού Παντοπωλείου Δήμου Χίου.

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:..................................................

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.................................................... Ο / Η Αιτ………

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.............................................................

ΣΤΑΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:..................................................

ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:...................................................... (Υπογραφή)

E-MAIL:......................................................................

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**1.** ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

**2.** ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

**3.** ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΕΦΟΡΙΑΣ

**4.** Ε1 (ΔΗΛΩΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ) ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ

**5.** Ε9 (ΑΚΙΝΗΤΑ) ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΖΥΓΩΝ (ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΖΥΓΟΣ)

**6.** ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΟΝΙΜΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

**7.** ΚΑΡΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ (ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)

**8.** ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)

**9.** ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΕ.Π.Α., ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

**10.** ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΟΤΙ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΡΟΦΙΜΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ, ΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΓΝΗΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΣΑΣ (ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ)

**11.** ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ Ο,ΤΙ ΑΛΛΟ ΕΠΙΚΑΛΕΙΣΤΕ (Π.Χ. ΔΙΑΖΕΥΚΤΗΡΙΟ, ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΤΕΣ Κ.Λ.Π.)

**12.** ΑΙΤΗΣΗ (ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ)