|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ  **Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  ΤΜΗΜΑ: **ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ** (όπως αναγράφεται σε δημόσιο έγγραφο)  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………  ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ………………………..  ΦΥΛΛΟ: Άρρεν 🞏 Θήλυ 🞏   |  | | --- | | ΓΕΝ. ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ/ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ: ………………………………………………  ΤΗΛ.: ……………………………………………………… |   **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ**   |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ/ ΚΙΝΗΤΟ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | E-MAIL: | | Α.Φ.Μ.: | | Δ.Ο.Υ.: |   **ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**  **Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**   |  |  | | --- | --- | | 1. ………………………..….. | 5. ………………….……………. | | 2. …………………….……… | 6. ……………….………………. | | 3. …………………….……… | 7. ………………….……………. | | 4. …………………….……… |  |   Εγγράφεται με την υπ’ αριθμ.πρωτ. ………………………. απόφαση του δημάρχου του Δήμου Τρικκαίων | **Αρ. Πρωτοκόλλου:**  **Ημερομηνία:**  **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ «ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ»**  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου για το σχολικό έτος 2018 – 2019 στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΔΑΠ- ΜΕΑ) ΗΦΑΙΣΤΟΣ **στην ………….. Βάρδια** που επιλέχθηκε από την ΕΕΤΑΑ.  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**   |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ/ ΚΙΝΗΤΟ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | Α.Φ.Μ.: | | ΑΜΚΑ: | | E-MAIL: | | Δ.Ο.Υ.: |  |  |  | | --- | --- | |  |  | | Μόρια από Ε.Ε.Τ.Α.Α.: |  | | ΟΝΟΜΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ |  | | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |  |   Οι γκρίζες περιοχές συμπληρώνονται από την Υπηρεσία |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ**  **ΥΠΟΒΑΛΛΩ** | | Τίθεται **Χ** σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα |
| **ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ** | | |
| 1 | Αντίγραφο της Αξίας τοποθέτησης (Voucher) |  |
| 2 | Πρόσφατη βεβαίωση Γεν. Παθολόγου / Παιδίατρου (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία). |  |
| 3 | Γνωμάτευση Α΄ βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής για το είδος και το ποσοστό αναπηρίας του ΑΜΕΑ |  |
| 4 | Υπεύθυνη Δήλωση (για Ιατροφαρμακευτική φροντίδα) |  |
| 5 | Υπεύθυνη Δήλωση (για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων) |  |

ΤΡΙΚΑΛΑ, …..../……../201….

Ο/Η ΑΙΤ………….

Ονοματεπώνυμο-υπογραφή



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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(1): |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
|  |
| α. Αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας του ΚΔΑΠ-ΜΕΑ όπως αυτοί διατυπώνονται στον εγκεκριμένο Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Κέντρου. |
| β. . Αναλαμβάνω εξ ολοκλήρου την ιατροφαρμακευτική φροντίδα του παιδιού μου. |
|  |
| (4) |

Ημερομηνία: ……….20……

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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(1): |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Δίδω τη συγκατάθεσή μου για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου] των προσωπικών δεδομένων μου, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίησης της εγγραφής- επανεγγραφής-διαγραφής του παιδιού μου και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του Δήμου. Επίσης, δίνω τη συγκατάθεση μου για την αποστολή μηνυμάτων μέσω κινητής συσκευασίας (SMS) και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Σε κάθε περίπτωση διατηρώ τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν.2472/97. |
| (4) |

Ημερομηνία: ……….20……

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**  **ΔΟΜΗ:**  **ΚΔΑΠ-ΜΕΑ «ΗΦΑΙΣΤΟΣ»**  **ΒΑΡΔΙΑ: Α΄**    **Β΄** | **ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ**  (Βάσει του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Κέντρου)  **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**…………………………………………………………………………..  **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**…………………………………………………………………...  **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**…………………………………………………….. |

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Φιλοξενούμενου Μέλους (ΑΔΥΦΜ) τηρείται στο Κέντρο

Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΔΑΠ-ΜΕΑ «ΗΦΑΙΣΤΟΣ»)

και αντίγραφό του φυλάσσεται στο Βιβλιάριο Υγείας του μέλους.

|  |
| --- |
| **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**  Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Φιλοξενούμενου Μέλους (ΑΔΥΦΜ) συμπληρώνεται από Ιατρό Παθολόγο. Περαιτέρω Ειδικός Έλεγχος μπορεί να γίνει εφόσον ο Γιατρός κρίνει, ότι υπάρχουν ειδικές ιατρικές ενδείξεις, που τον καθιστούν απαραίτητο.  Η συμπλήρωση του ΑΔΥΦΜ γίνεται με τελική απόφαση του/της Ιατρού ύστερα από συνεννόηση με τον γονέα/κηδεμόνα με σκοπό την στήριξη του μέλους στο Κέντρο. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το μέλος σε κίνδυνο.  Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του μέλους, ο γονέας/κηδεμόνας οφείλει να καταθέσει ένα άλλο ΑΔΥΦΜ που να πιστοποιεί την οποιαδήποτε αλλαγή. |

**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ /ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** | |
|  | **ΙΣΤΟΡΙΚΟ** |
| ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ: | 1.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ: |
| ΟΔΗΓΙΕΣ-ΑΓΩΓΗ: | 2.ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ: |
| ΛΟΙΠΑ: | 3.ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: |
|  | 4.ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: |
|  | 5.ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: |
|  | 6.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: |
|  | 7.ΑΛΛΟ: |
|  | 8.ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ: |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:……../………../20….**  **ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΓΙΑΤΡΟΥ** | |

**Οι παρακάτω γνωματεύσεις συμπληρώνονται εφόσον και εάν το φιλοξενούμενο μέλος παρακολουθείτε από Ψυχίατρο ή Νευρολόγο ή και από τις δυο ειδικότητες έτσι ώστε να έχουμε μια πλήρη εικόνα της κατάστασης του.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** | |
|  | **ΙΣΤΟΡΙΚΟ** |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ: | 1.ΚΡΙΣΕΙΣ Ε΄: |
| ΟΔΗΓΙΕΣ-ΑΓΩΓΗ: | 2.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: |
| ΛΟΙΠΑ: | 3.ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ: |
|  | 4.ΑΛΛΟ: |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:……../………../20….**  **ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΓΙΑΤΡΟΥ** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** | |
|  | **ΙΣΤΟΡΙΚΟ** |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ: | 1.ΚΡΙΣΕΙΣ Ε΄: |
| ΟΔΗΓΙΕΣ-ΑΓΩΓΗ: | 2.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: |
| ΛΟΙΠΑ: | 3.ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ: |
|  | 4.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ: |
|  | 4.ΑΛΛΟ: |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:……../………../20….**  **ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΓΙΑΤΡΟΥ** | |

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΤΟΥ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ «ΗΦΑΙΣΤΟΣ»**

**ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ - ΕΚΤΑΚΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ-ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
| **6.** |
| **7.** |
| **8.** |
| **9.** |
| **10.** |
| **11.** |
| **12.** |
| **13.** |
| **14.** |
| **15.** |
| **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**  **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ-ΥΠΟΓΡΑΦΗ** |