

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

Α.Δ.Τ.:.....

Τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας
της Περιφερειακής Ενότητας Ιωαννίνων –
Τμήμα Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Σας υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά για
έκδοση /θεώρηση Δελτίου μετακίνησης ΑμεΑ για το
έτος 2023:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....
.....

1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 περί της ακριβούς
διεύθυνσης του τόπου διαμονής και μη παραλαβής
Δελτίου Μετακίνησης από άλλη Περιφερειακή Ενότητα
ή ΚΕΠ

ΤΗΛ:.....

2. Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής ή Απόφαση
Διοικητικού Δ/ντή Ασφαλιστικού Φορέα ή ΕΦΚΑ ή
Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος από τον ΟΠΕΚΑ ή
Βεβαίωση μηχανογραφημένου μητρώου ΟΓΑ

ΘΕΜΑ: Έκδοση / Ανανέωση

Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ

3. Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας και φωτοαντίγραφο
αυτής

4. Φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος
της τελευταίας φορολογικής δήλωσης

Ιωάννινα ____.- ____ - 2023

5. Για την έκδοση νέας κάρτας δύο (2) πρόσφατες
φωτογραφίες ή τρείς (3) για τυφλούς και Σοβαρά ή
Βαριά Νοητικά Υστερούντες.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Υπογραφή – Ονοματεπώνυμο)