

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΡΩΓΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ Ε**

ΕΡΓΑΤΙΚΕΣ ΚΑΤΟΙΚΙΕΣ ΑΣΥΛΟΥ

Τ.Κ. 24100- ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Τηλ.: 27210 89978,

Email: autismmessinia@gmail.com

Πληροφ.: Σαραβελάκης Κώστας

6944169486



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) του Συλλόγου Αρωγής Ατόμων με Αυτισμό Μεσσηνίας Διεύθυνση ΣΥΔ: Τροίας 20, Καλαμάτα	Ημ/νια Παραλαβής:..... Αρ.Πρωτ.:..... [συμπληρώνεται από το Σύλλογο]
--	---

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ προς ΕΝΤΑΞΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ [συμπληρώστε κατάλληλα με κεφαλαία γράμματα τα ατομικά σας στοιχεία]			
ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ:		ΟΝΟΜΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΑΔΤ:		ΑΜΚΑ:	
ΟΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ:	ΠΟΛΗ:	ΤΚ:
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	Ε-MAIL:	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:	ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε)	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΝΑΙ/ ΟΧΙ (κυκλώστε)	
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (όπως αναγράφεται στην απόφαση γνωμάτευσης αναπηρίας)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (όπως αναγράφεται στην απόφαση γνωμάτευσης αναπηρίας)	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΝΑΙ ΟΧΙ (κυκλώστε αντίστοιχα)	

Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ (ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΙ ΟΡΙΣΤΕΙ) [συμπληρώστε κατάλληλα με κεφαλαία γράμματα τα ατομικά σας στοιχεία]			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:		ΣΧΕΣΗ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ:	
ΑΔΤ:		ΑΜΚΑ:	
ΟΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ:	ΠΟΛΗ:	ΤΚ:
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		E-MAIL:

Γ. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ (και σε προγράμματα καλοκαιρινών διακοπών)			
ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ:			
Α/Α	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΦΟΡΕΑΣ (τίτλος)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ [αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της αίτησής σας και καταγράψτε τα εδώ, ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης]	
1)	7)
2)	8)
3)	9)
4)	10)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



5)	11)
6)	12)

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο υπογραφόμενου:

Υπογραφή:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986). Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή και κατέχω όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά** για τον επιδιωκόμενο κωδικό θέσης παραμονής στην ΣΥΔ σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
2. Επιτρέπω την χρήση των προσωπικών δεδομένων μου δεδομένων (κατατεθειμένη αίτηση και σχετικά έγγραφα) προς αποκλειστική χρήση του σκοπού της διαμονής στη ΣΥΔ, σύμφωνα με τα οριζόμενα στη δήλωση ενημέρωσης επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων.

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τα προσωπικά στοιχεία του προς ένταξη ατόμου καθώς και κάθε άλλο στοιχείο που συμπεριλαμβάνεται στο φάκελο προς ένταξη στην Σ.Υ.Δ, θεωρείται Δεδομένο Προσωπικού Χαρακτήρα σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679. Με την υποβολή των σχετικών εγγράφων σας καθώς και κάθε άλλου προσωπικού εγγράφου που περιλαμβάνεται στο φάκελο της αίτησης σας, συγκατατίθεστε στην απαιτούμενη επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων από το Σύλλογο Αρωγής Ατόμων με Αυτισμό Μεσσηνίας, προκειμένου να αξιολογηθούν οι δυνατότητες, για την πλήρωση της θέσης φιλοξενίας για την οποία καταθέσατε την αίτηση σας. Το προσωπικό των ΣΥΔ και του Συλλόγου Αρωγής Ατόμων με Αυτισμό Μεσσηνίας, έχει πρόσβαση, επεξεργάζεται και αποθηκεύει τα Προσωπικά σας Δεδομένα για τους σκοπούς της αξιολόγησης και επιλογής για τη διαμονή στη ΣΥΔ. Τα Προσωπικά σας Δεδομένα δεν κοινοποιούνται σε τρίτους πέρα των, βάσει των κείμενων διατάξεων, εμπλεκόμενων υπηρεσιών και τηρούνται αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της διαμονής στη ΣΥΔ.

Ο/Η ωφελούμενος/η ή δικαστικός συμπαραστάτης (εάν έχει Οριστεί)

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

