



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ**  
**Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ**  
**ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ**  
**ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
ΔΟΜΗ: ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ  
Πληροφορίες :.....  
Δ/ση : Θέμιδος 2 και Δημητρίου Γλυνού  
Τηλ.: 2160049590 Email : dim.iatreia@ilioupoli.gr

ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ...../...../20.....

Αρ.πρωτ.:.....

Προς:

Τμήμα προστασίας και προαγωγής της δημόσιας υγείας

Δημοτικά ιατρεία έτος 20.... /20....

### Αίτηση εγγραφής

#### 1. Ατομικά στοιχεία:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Επώνυμο:                              |  |
| Όνομα:                                |  |
| Όνομα πατέρα:                         |  |
| Όνομα μητέρας:                        |  |
| Όνομα συζύγου:                        |  |
| Ημερ. γέννησης:                       |  |
| Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου:           |  |
| A.M.K.A.:                             |  |
| Εθνικότητα:                           |  |
| Νομικό καθεστώς παραμονής(αλλοδαποί): |  |
| Δ/ση κατοικίας (Οδός&αριθμ.):         |  |
| T.K.:                                 |  |
| Περιοχή:                              |  |
| Κινητό τηλ:                           |  |
| Σταθερό τηλ:                          |  |
| email:                                |  |

#### 2. Στοιχεία οικογενειακής κατάστασης:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Άγαμος/η:       |  |
| Έγγαμος/η:      |  |
| Διαζευγμένος/η: |  |
| Σε χηρεία:      |  |
| Σε διάσταση:    |  |
| A.μ.ε.Α.:       |  |
| Ανασφάλιστος:   |  |
| Αρ. τέκνων:     |  |
| Άλλο:           |  |

#### 3. Επαγγελματική κατάσταση (Σημ.ΜΙΑ μόνο επιλογή):

|   |  |
|---|--|
| Οικιακά:                                  |  |
| Συνταξιούχος:                             |  |
| Φοιτητής/α, σπουδαστής/α, μαθητής/α:      |  |
| Μακροχρόνια άνεργος/η (άνω των 12 μηνών): |  |
| Άνεργος/η (κάτω των 12 μηνών):            |  |
| Αυτοαπασχολούμενος/η:                     |  |
| Μισθωτός/η:                               |  |
| Άλλο:                                     |  |

#### 4. Στοιχεία συζύγου:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Επώνυμο:                              |  |
| Όνομα:                                |  |
| Αρ.Ταυτότητας/Διαβατηρίου:            |  |
| Ημερ. γέννησης:                       |  |
| A.M.K.A.:                             |  |
| Δ/ση κατοικίας (οδός & αριθμ.):       |  |
| T.K.:                                 |  |
| Περιοχή:                              |  |
| Εθνικότητα:                           |  |
| Νομικό καθεστώς παραμονής(αλλοδαποί): |  |
| Επάγγελμα:                            |  |
| Κινητό τηλ:                           |  |
| Σταθερό τηλ:                          |  |
| Άλλο:                                 |  |

#### 5. Ονόματα και ηλικίες παιδιών & ενηλίκων μελών που διαβιούν στην ίδια οικία:

|   | Όνομ. Επώνυμο: | Ηλικία: | A.M.K.A.: |
|---|----------------|---------|-----------|
| 1 |                |         |           |
| 2 |                |         |           |
| 3 |                |         |           |
| 4 |                |         |           |

Συμφωνώ στη χρήση των στοιχείων μου για την επικοινωνία σχετικά με κάθε είδους ενημέρωση ή εκδήλωση, από τον Δήμο Ηλιούπολης.

Συμφωνώ

Δεν Συμφωνώ

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι που επιθυμούν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα του Δημοτικού Ιατρείου θα προσέρχονται, στο κτίριο που στεγάζεται το Δημοτικό Ιατρείο του Δήμου Ηλιούπολης, επί της οδού Θέμιδος 2 και Δημητρίου Γλυνού στην Ηλιούπολη και θα υποβάλουν σχετική αίτηση/υπεύθυνη δήλωση, προσκομίζοντας τα παρακάτω δικαιολογητικά:

### ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΚΕΑ:

- Έγκριση της Αίτησης
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης

### ΜΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΚΕΑ:

- Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας / διαβατηρίου/ άδειας παραμονής σε ισχύ, κατά περίπτωση.
- Φωτοτυπία Ε1 και Εκκαθαριστικό τρέχοντος έτους. (Ατομικό ετήσιο εισόδημα 6.000 ευρώ προσαυξανόμενο κατά 20% για τον/την σύζυγο και 20% για κάθε προστατευόμενο μέλος. Για άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ) το ποσό προσαυξάνεται κατά 50%)
- Φωτοτυπία Ε9 (σε περίπτωση μη υπόχρεου αυτού, εκτύπωση από τον Δικτυακό Τόπο [www.gsis.gr](http://www.gsis.gr) ότι δεν έχει υποβληθεί δήλωση Ε9).
- Για τους ανέργους, πιστοποιητικό ανανέωσης της κάρτας ανεργίας σε ισχύ ή διακοπή επαγγέλματος για τους ελεύθερους επαγγελματίες.
- Πρόσφατο πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης (όχι παλαιότερο των έξι μηνών).
- Σε περίπτωση διάστασης/διαζυγίου, τα δικαιολογητικά που θα την αποδεικνύουν (διαζύγιο ή αγωγή διαζυγίου ή πρόσφατη σχετική δήλωση στην ΔΟΥ).
- Σε περίπτωση αναπηρίας, φωτοτυπία απόφασης της Υγειονομικής Επιτροπής του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ,ΑΣΥΕ,ΑΝΥΕ, κτλ.) στην οποία αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας (67% και άνω) και η ημερομηνία λήξης.

Οι ενδιαφερόμενοι προς ένταξη οφείλουν να προσκομίσουν οποιοδήποτε άλλο στοιχείο τους ζητηθεί από την αρμόδια Υπηρεσία, το οποίο κρίνεται σημαντικό για τη διαμόρφωση πληρέστερης εικόνας της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του αιτούντος και της οικογένειάς του.

Εγώ ο /η ..... με Α.Δ.Τ..... δηλώνω υπεύθυνα ότι :

- Τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.
- Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου.
- Εξουσιοδοτώ την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Ηλιούπολης να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.

Ο/Η δηλών/ούσα :

Όνομα:

Επώνυμο:

Υπογραφή:

• **Ενημέρωση Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**

- Υπεύθυνος επεξεργασίας αίτησης εγγραφής Δήμος Ηλιούπολης.
- Αποκλειστικός υπεύθυνος επεξεργασίας Δεδομένων Υγείας ο συμβεβλημένος Ιατρός – Σας ενημερώνουμε ότι ο Δήμος Ηλιούπολης δεν επεξεργάζεται τα ευαίσθητα δεδομένα υγείας σας.
- Ενημερώθηκα για την τήρηση και επεξεργασία των δεδομένων μου από το Δήμο Ηλιούπολης, η οποία βρίσκεται αναρτημένη στο site του Δήμου: <https://ilioupoli.gr/index.php/epexergasia-dedomenon-prosopikou-charaktira/> καθώς και για τα δικαιώματά μου σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων 679/2016/ΕΕ και του ν.4624/2019 και αποδέχομαι τη χρήση των δηλωθέντων στην παρούσα αίτηση προσωπικών δεδομένων μου από το Δήμο Ηλιούπολης για το σκοπό της αξιολόγησης της σχετικής αίτησής μου, της εξυπηρέτησης και της εν γένει ενημέρωσής μου σε σχέση με το υποβληθέν δια της παρούσης αίτημά μου.



Ηλιούπολη

Ο/Η δηλών/ούσα :

Ημερομηνία:     /     /

Όνομα:

Επώνυμο:

Υπογραφή: