

**ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ
ΜΕΤΡΟΥ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΥΑΛΩΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ	
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ <input type="checkbox"/> ΑΝΑΠΗΡΙΑ (κώφωση, τύφλωση, κινητικά προβλήματα)..... <input type="checkbox"/> ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΜΟΝΑΧΙΚΟ ΑΤΟΜΟ <input type="checkbox"/> ΆΛΛΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΙΔΙΟΥ) :	
<p align="center">ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ ή ΑΜΕΣΑ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.</p> <p>ΣΤΟΙΧΕΙΑ Α *</p> ΟΝΟΜΑ : ΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΒΟΗΘΟΥ Η ΣΥΓΓΕΝΩΝ): ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΑΛΩΤΟ ΠΟΛΙΤΗ: <p>ΣΤΟΙΧΕΙΑ Β *</p> ΟΝΟΜΑ : ΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΒΟΗΘΟΥ Η ΣΥΓΓΕΝΩΝ): ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΑΛΩΤΟ ΠΟΛΙΤΗ: <p><small>*θα συμπληρωθούν τα στοιχεία δυο προσώπων (βοηθού ή συγγενών) που δύναται να επικοινωνήσει η ο Δήμος σε περίπτωση που απαιτηθεί.</small></p>	
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ ΕΥΑΛΩΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΑΙΤΗΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

ΕΠΙΒΑΤΙΚΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ

ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

ΑΛΛΟ:

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (Π.Χ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ):

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σε περίπτωση θετικής απόκρισης παρακαλούμε συμπληρώστε περιληπτικά το είδος της απαιτούμενης φροντίδας – υποστήριξης:

Παρέχω την συγκατάθεσή μου για επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων για λόγους πολιτικής προστασίας και δεν επιθυμώ την δημοσίευσή τους.

.....,/06/2023

Υπογραφή