

Πληροφορίες στα τηλ.: 2645360534, 2645360607

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | **Προς:**  ΔΗΜΟ ΛΕΥΚΑΔΑΣ  ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | |  | | |
| **ΟΝΟΜΑ:** | |  | | |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**  **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:**  **ΑΜΚΑ :**  **ΑΦΜ :**  **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:**  **ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.:**  **ΚΑΤΟΙΚΙΑ:** | | Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για ……………..………. στο Πρόγραμμα του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λευκάδας για το ... εξάμηνο του έτους…..  Είμαι κάτοχος της αρ. …… κάρτας παντοπωλείου. | | |
| **ΤΗΛ.:** | |  | | |
|  | |  | | |
| **ΘΕΜΑ: Αίτηση για την συμμετοχή στο**  **πρόγραμμα Κοινωνικού Παντοπωλείου**  **Δήμου Λευκάδας.** | | **Συνημμένα** υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:   1. Υπεύθυνη Δήλωση για την οικογενειακή μου κατάσταση 2. Φορολογική δήλωση 2021 3. Εκκαθαριστικό 2021 4. …………………………….. 5. ……………………………. 6. ……………………………. | | |
| Λευκάδα … / …. / 2022 | |  | | |
|  | | **Ο/H ΑΙΤΩΝ** | | |
|  | |  | | |
| eu_flag_2colors  **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**  **Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο** | **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα**  **«Ιόνια Νησιά 2014-2020»** | | espa1420_logo_rgb |
| **Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης** | | | |

### 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): | **ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΕΥΚΑΔΑΣ** | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - **τα δικαιολογητικά που καταθέτω με την αίτησή μου είναι αληθή και ακριβή**  **- αποδέχομαι την διενέργεια κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικούς Λειτουργούς του Δήμου**  **- μαζί μου στο ίδιο σπίτι διαμένουμε συνολικά ….. άτομα, εκ των οποίων …… ενήλικες των**  **οποίων τα οικονομικά στοιχεία καταθέτω στην αίτηση μου.**  **- έχω …… ανήλικα παιδιά, ….. αγόρια ηλικίας ….. …… και ….. κορίτσια ηλικίας …. …..**  **- είμαι άνεργος εγώ και ……………….**  **- είμαι / δεν είμαι δικαιούχος στο πρόγραμμα ΤΕΒΑ– ΚΕΑ**  **- δεν είμαι εγγεγραμμένος εγώ ή μέλος της οικογένειάς μου σε άλλο φορέα παροχής τροφίμων**  **- σήμερα τα συνολικά μηνιαία εισοδήματα της οικογένειας μου είναι ………….** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Και σε περίπτωση που αλλάξει η οικογενειακή – οικονομική μου κατάσταση θα ενημερώσω αμέσως την υπηρεσία.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.