



ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Β. Καραπάνου, 30500 Αμφιλοχία, Τηλ.:2642022060, 2642022066, 2642022061
e-mail: kentrokoinotitas@1257.syzefxis.gov.gr

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΩΝ 2025

Α Ι Τ Η Σ Η - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ονοματεπώνυμο γονέα:

.....

.....

Πατρώνυμο:.....

Οικογ. Κατάσταση:.....

ΑΜΚΑ γονέα:.....

Ονοματεπώνυμο παιδιού:

.....

ΑΜΚΑ παιδιού:.....

Ημερομηνία Γέννησης παιδιού :.....

Τάξη που θα φοιτήσει:.....

Φύλο:.....

Διευθ.κατοικίας:

.....Τ.Κ.....

Τηλ. κινητό:

e-mail:.....

Προς: Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΔΗΜΟΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή του γιου μου / της κόρης
μου
στο πρόγραμμα παιδικών κατασκηνώσεων 2025 που
διοργανώνει ο Δήμος Αμφιλοχίας για την κατασκηνωτική
περίοδο..... .

Με την παρούσα αίτηση μου συναινώ για τη
συλλογή, καταχώρηση, επεξεργασία και αποθήκευση
των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς του
προγράμματος Παιδικών Κατασκηνώσεων, στο πλαίσιο
ισχύος του νέου κανονισμού προστασίας προσωπικών
δεδομένων GDPR.

Αμφιλοχία2025

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης που εκδόθηκε το
τελευταίο τρίμηνο

2. Υπεύθυνη Δήλωση του γονέα ή κηδεμόνα στην οποία να
αναγράφεται το ύψος του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος
του προηγούμενου έτους, ο αριθμός των προστατευόμενων
μελών, οι ηλικίες των τέκνων, ο τύπος της οικογένειας (π.χ.
μονογονεϊκή, τρίτεκνη, πολύτεκνη), άλλα κοινωνικά
χαρακτηριστικά (π.χ. δικαιούχοι Ελάχιστου Εγγυημένου
Εισοδήματος, άνεργοι, ανασφάλιστοι, σε κατάσταση ένδειας,
οικογένειες σε κρίση, πληθυσμιακές μειονότητες κ.λπ.).

3. Ιατρική βεβαίωση