|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………..**  **ΟΝΟΜΑ:……………………………….**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:…………………...**  **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:………………...**  **Α.Δ.Τ.:………………………**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:…………………**  **…………………………………………..**  **…………………………………………..**  **ΤΗΛ:……………………………………..**  **ΘΕΜΑ: Έκδοση / Ανανέωση**  **Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ**  **Ιωάννινα \_\_\_\_\_.- \_\_\_\_\_ - 20243** | **ΠΡΟΣ:**  Τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας Ιωαννίνων –  Τμήμα Κοινωνικής Αλληλεγγύης  Σας υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά για έκδοση /θεώρηση Δελτίου μετακίνησης ΑμεΑ για το έτος 2024:  **1.** Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 περί της ακριβούς διεύθυνσης του τόπου διαμονής και μη παραλαβής Δελτίου Μετακίνησης από άλλη Περιφερειακή Ενότητα ή ΚΕΠ  **2.** Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής **ή** Απόφαση Διοικητικού Δ/ντή Ασφαλιστικού Φορέα **ή** ΕΦΚΑ **ή** Βεβαίωση χορήγησης επιδόματος από τον ΟΠΕΚΑ ή Ψηφιακή Κάρτα Αναπηρίας, σε ισχύ, (άρθρο 106 του ν. 4961/2022) με σήμανση αναπηρίας τουλάχιστον ΙΙ  **3.** Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας **και** φωτοαντίγραφο αυτής  **4.** Φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος της δήλωσης του φόρου εισοδήματος που υποβάλλεται το έτος 2023  **5.** Για την έκδοση νέας κάρτας δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες **ή** τρείς (3 αν δικαιούται συνοδό .  Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ  (Υπογραφή – Ονοματεπώνυμο) |