|  |  |
| --- | --- |
| **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. Μέριμναςτης Περιφερειακής Ενότητας Ιωαννίνων –Τμήμα Κοινωνικής ΑλληλεγγύηςΣας 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) |