

## ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

Α.Δ.Τ.:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

.....

ΤΗΛ:.....

ΘΕΜΑ: Έκδοση / Ανανέωση

Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ

## 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 2025:

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 II ή III

3. Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας και φωτοαντίγραφο  
αυτής

4. Φωτοαντίγραφο του τελευταίου εκκαθαριστικού  
σημειώματος της δήλωσης του φόρου εισοδήματος.

5. Για την έκδοση νέας κάρτας δύο (2) πρόσφατες  
φωτογραφίες ή τρεις (3) αν δικαιούται συνοδό .

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Ιωάννινα \_\_\_\_,- \_\_\_\_ - 2025

(Υπογραφή – Ονοματεπώνυμο)