

ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ  
ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΔΗΜΟΥ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΤΗΣ  
ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΥΑΛΩΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ	
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (κώφωση, τύφλωση, κινητικά προβλήματα)..... <input type="checkbox"/> ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΜΟΝΑΧΙΚΟ ΑΤΟΜΟ <input type="checkbox"/> ΆΛΛΟ .....	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΙΔΙΟΥ) :	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ ή ΑΜΕΣΑ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.</b>	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ Α *</b> ΟΝΟΜΑ : ΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΒΟΗΘΟΥ Η ΣΥΓΓΕΝΩΝ): ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΑΛΩΤΟ ΠΟΛΙΤΗ:	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ Β *</b> ΟΝΟΜΑ : ΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΒΟΗΘΟΥ Η ΣΥΓΓΕΝΩΝ): ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΑΛΩΤΟ ΠΟΛΙΤΗ:	
<i>*θα συμπληρωθούν τα στοιχεία δυο προσώπων (βοηθού ή συγγενών) που δύνανται να επικοινωνήσει η ο Δήμος σε περίπτωση που απαιτηθεί.</i>	
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ ΕΥΑΛΩΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

**ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΑΙΤΗΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ**

ΕΠΙΒΑΤΙΚΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ

ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

ΑΛΛΟ: .....

**ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (Π.Χ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ):**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σε περίπτωση θετικής απόκρισης παρακαλούμε συμπληρώστε περιληπτικά το είδος της απαιτούμενης φροντίδας – υποστήριξης:

Παρέχω την συγκατάθεσή μου για επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων για λόγους πολιτικής προστασίας και δεν επιθυμώ την δημοσίευσή τους.

....., ...../06/2023

Υπογραφή