

**ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ – ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Π.ΕΝ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Παρακαλούνται οι Δικαιούχοι του Διατροφικού Επιδόματος Νεφροπαθών - Μεταμοσχευμένων, να προσέλθουν στην Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Εν. Κέρκυρας, Σαμάρια 13, 2^{ος} Όροφος, **από 05/02/2018 έως 28/02/2018, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η απογραφή τους.**

Όσοι εκ των δικαιούχων αδυνατούν αυτοπροσώπως να προσέλθουν στην Υπηρεσία μας, μπορούν να αποστείλουν **Υπεύθυνη Δήλωση**, με το γνήσιο της υπογραφής τους, στην οποία θα δηλώνουν τα εξής:

1. Δεν έχει επέλθει καμία μεταβολή αναφορικά με το διατροφικό επίδομα και παραμένω Δικαιούχος.
2. Δεν λαμβάνω το Διατροφικό Επίδομα από άλλη Περιφέρεια ή Περιφερειακή Ενότητα.
3. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας μου είναι
4. Για οποιαδήποτε αλλαγή θα ενημερώσω ο ίδιος ή ο αντιπρόσωπός μου (.....) την Υπηρεσία σας.

Για τη διευκόλυνση των Δικαιούχων ενημερώνουμε ότι αρμόδιοι υπάλληλοι της Υπηρεσίας μας θα βρίσκονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας **στις 09/02/2018 και 21/02/2018 από 09:00 έως 15:00.**

Πληροφορίες, Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Εν. Κέρκυρας, κ. Ναούμ Γεώργιος και κα. Σαμουργιαννάκη Αμαλία, τηλ. 2661362198, 2661362131 και 2661362300.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ.:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου: (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν έχει επέλθει καμία μεταβολή αναφορικά με το διατροφικό επίδομα και παραμένω Δικαιούχος.
- Δεν λαμβάνω το Διατροφικό Επίδομα από άλλη Περιφέρεια ή Περιφερειακή Ενότητα.
- Ο τόπος μόνιμης κατοικίας μου είναι
- Για οποιαδήποτε αλλαγή θα ενημερώσω ο ίδιος ή ο αντιπρόσωπός μου (.....) την Υπηρεσία σας.

Ημερομηνία.....20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

- Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η Αρχή ή η Υπηρεσία του Δημόσιου Τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- Αναγράφεται ολογράφως.
- «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.