



ΠΡΟΣ:
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΤΜΗΜΑ:
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ημ/νια: __/__/20__

Έντυπο Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος

Κάθε δημότης που ενδιαφέρεται να εγγραφεί σε υπηρεσίες του δήμου είναι απαραίτητο να συμπληρώσει σε πρώτη φάση τα δημογραφικά του στοιχεία, τα στοιχεία ενός πλησιέστερου συγγενή καθώς και τις υπηρεσίες στις οποίες επιθυμεί να εγγραφεί.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ – ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

Δημογραφικά στοιχεία

Επίθετο:	Όνομα:	Ον. Πατρός
Ον. Μητρός:	Ημ/νια Γεννησης:	Φύλλο:
Αρ. Ταυτότητας:	ΑΜΚΑ:	
Ασφ. Οργανισμός:	Περιφ. Ιατρείο:	Αρ. Μητρώου:
Πόλη Κατοικίας:	Νομός Κατοικίας:	Τηλ.:

Στοιχεία πλησιέστερου συγγενή

Επίθετο:	Όνομα:	
Ιδιότητα:	Κινητό:	Σταθερό:

Υπηρεσίες

24^{ωρη} Υποστήριξη

Κουμπί πανικού/πτώσης	<input type="checkbox"/>	Εντοπισμός θέσης	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Παρακολούθηση παραμέτρων υγείας

Μέτρηση πίεσης	<input type="checkbox"/>	Μέτρηση βάρους	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Βοήθεια στο σπίτι

Υπηρεσίες από κοινωνικό λειτουργό	<input type="checkbox"/>	Υπηρεσίες από νοσηλεύτη	<input type="checkbox"/>
Υπηρεσίες από οικογενειακό βοηθό	<input type="checkbox"/>	Υπηρεσίες από φυσιοθεραπευτή	<input type="checkbox"/>

Αρ. Αίτησης:
Ημ/νια:

**Στοιχεία που συμπληρώνονται από το Δήμο

Υπάλληλος Δήμου

[Όνομα/Υπογραφή]

Ο/Η Δηλών/ούσα

[Όνομα/Υπογραφή]