**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ΑΡ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από την E.A.T.A. Α.Ε.):*** | | |  | | |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ ΓΟΝΕΑ** | | | | | |
| ***ΕΠΩΝΥΜΟ:*** | | |  | | |
| ***ΌΝΟΜΑ:*** | | |  | | |
| ***ΦΥΛΟ:*** | | |  | | |
| ***ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:*** | | |  | | |
| ***ΑΦΜ:*** | | |  | | |
| ***ΑΜΚΑ / ΠΑΑΥΠΑ:*** | | |  | | |
| **Διεύθυνση κατοικίας***(οδός, αριθμός, περιοχή,* ***ΤΚ)*** | | |  | | |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας:** | | |  | | |
| **Ηλεκτρονική Δ/νση επικοινωνίας (mail):** | | |  | | |
| ***Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΟΥ/ΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΑΙΤΗΣΗ*** | | | | | |
| ***Α/Α*** | ***Ονοματεπώνυμο τέκνου/παιδιού*** | ***Ημερομηνία Γέννησης*** | | ***Φύλο*** | ***ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΑ*** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

*(προσθέστε νέο τέκνο αν χρειάζεται)*

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για τη συμμετοχή στη δράση «*Βρεφικά Πακέτα - Διανομή ειδών βρεφικής φροντίδας*» η οποία αφορά στην Πράξη «Δίκτυο Κοινωνικής Προστασίας της Αθήνας - Open Social Net» με δικαιούχο την Ε.Α.Τ.Α. Α.Ε. και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2014-2020».

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι (α) τα στοιχεία της παρούσης Αίτησης είναι αληθή και πλήρη, (β) είμαι επαρκώς ενήμερος /ενήμερη για τους όρους και προϋποθέσεις συμμετοχής στην παραπάνω δράση και (γ) αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4624/19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Ημερομηνία] | [Ονοματεπώνυμο αιτούντα] | [Υπογραφή] |

Επισυνάπτονται τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται βάσει του Πίνακα Ι της Πρόσκλησης

1……

2……

***(σε περίπτωση υποβολής μέσω του ιστότοπου athens.opensocialnet.gr., να υποβληθεί σκαναρισμένη με ημερομηνία, ονοματεπώνυμο και υπογραφή αιτούντα)***