



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΡΦΥΩΝ - ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ

ΠΡΟΣ: ΔΗΜΟ ΔΙΡΦΥΩΝ - ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΚΔΑΠ - ΑΜΕΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2025-2026

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή μου στο ΚΔΑΠ ΑΜΕΑ του Δήμου Διρφύων- Μεσσαπίων

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ
ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ:
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ.	ΕΠΩΝΥΜΟ.
ΟΝΟΜΑ :	ΟΝΟΜΑ :
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:
ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΔΗΜΟΤΗΣ ΔΗΜΟΥ:	ΔΗΜΟΤΗΣ ΔΗΜΟΥ:
ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:	ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:
ΚΙΝΗΤΟ	ΚΙΝΗΤΟ
Email:	Email:
ΑΦΜ:	ΑΦΜ:

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΣΠΑ: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας του ΚΔΑΠ – ΑΜΕΑ του Δήμου Διρφύων – Μεσσαπίων όπως αυτοί διατυπώνονται στον ισχύοντα Κανονισμό Λειτουργίας (Απόφαση ΔΗ.Κ.Α.ΔΙ.ΜΕ 67/2023 – ΑΔΑ 9Τ6ΡΟΕΙΔ-7ΡΗ).

Όλα τα στοιχεία που δήλωσα είναι ακριβή και αληθινά

Ψαχνά,//2025

Ο ΑΙΤΩΝ /Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

1..

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΚΔΑΠ- ΑΜΕΑ

1. Αίτηση του γονέα ή κηδεμόνα του παιδιού/εφήβου/ατόμου με αναπηρία (χορηγείται από την υπηρεσία).
2. Βεβαίωση γιατρού του Δημοσίου ή Ασφαλιστικού Οργανισμού για την κατάσταση υγείας του.
3. Γνωμάτευση Α΄ βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής για το είδος και το ποσοστό αναπηρίας του Ατόμου με Αναπηρία.
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
5. Για ωφελούμενους της Πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής» απαιτείται επιπλέον και αντίγραφο της Εντολής Τοποθέτησης.

Οι αιτήσεις εγγραφής υποβάλλονται:

1. Για ωφελούμενους της Πράξης « Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής», αμέσως μετά την παραλαβή των εντολών τοποθέτησης από τον αντίστοιχο Φορέα Διαχείρισης της Πράξης.
2. Για μη ωφελούμενες της Πράξης « Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής», σε όλη τη διάρκεια του έτους, εφόσον υπάρχουν κενές θέσεις εξυπηρετούμενων στο Κέντρο.