



**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ**

**ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

1430 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Αρ. Φακ.:11.10.02.05.

Τηλ.: 22815059

Φαξ: 22482310

**ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**

**ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ, ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ**

**ΑΛΛΩΝ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ/ΠΑΡΑΛΑΒΗΣΠΡΟΪΟΝΤΩΝ**

Ο/Η υποφαινόμενος/η, .............................................................................. από τη............................................................

με Αρ. Δελτίου Ταυτότητας..........................................., βεβαιώνω ότι με βάση το πιο πάνω Σχέδιο, παρέλαβα από την (όνομα εταιρείας)....................................................................................................................... τα πιο κάτω τεχνικά μέσα ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ο/Η παραλήπτης

Ημερομηνία................................. Υπογραφή.....................................................

Ονοματεπώνυμο............................................

Αρ.Τηλ...........................................................

Ο υποφαινόμενος ........................................................................... με Αρ.Δελτ. Ταυτότητας........................ εκπρόσωπος της προμηθεύτριας εταιρείας……………………….…………………………….παρέδωσα στον/στην .............................................................. τα πιο πάνω τεχνικά μέσα. Δηλώνω υπεύθυνα ότι παρέδωσα τα πιο πάνω τεχνικά μέσα στην οικία του πιο πάνω δικαιούχου και όχι σε κάποιο ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας.

Ο/Η παραδώσας τα τεχνικά μέσα,

Ημερομηνία................................ Υπογραφή.......................................................

Ονοματεπώνυμο.............................................

Αρ.Τηλ.............................................................

Σφραγίδα εταιρείας:…………………………………..

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Πρόσωπο που κάνει ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις για να πετύχει επιχορήγηση είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο διαπράττει ποινικό αδίκημα για το οποίο σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι 6 μήνες ή σε χρηματική ποινή μέχρι €768,87 ή και στις δύο ποινές.

*Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία*

*Λεωφόρος Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ׀׀׀, αριθμός 67, Λατσιά. Τ.Θ.12833, 2253 Λατσιά*

*Τηλ. 22815015 Φαξ. 22482310, E-mail: info@dsid.dmsw.gov.cy, Ιστοσελίδα: www.dmsw.gov.cy/dsid*