



Γλώσσα: Ελληνικά

**ΥΚΕ 204**

Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΥΛΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

Ημερομηνία Υποβολής Αίτησης ...../...../.....

**F.....-.....R**

Αριθμός Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC).....

Όνομα:	Επώνυμο:	
Φύλο: Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/>	Τίτλος : Κος. <input type="checkbox"/> Δις <input type="checkbox"/> Κα. <input type="checkbox"/>	
Υπηκοότητα:	Θρησκεία:	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Αριθμός Διαβατηρίου:
Διεύθυνση:	Τηλέφωνο Επικοινωνίας:	Ημερομηνία Γεννήσεως:
		Χώρα Καταγωγής:
Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η : <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η: <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η: <input type="checkbox"/> Χήρος/Χήρα: <input type="checkbox"/> Άλλο: <input type="checkbox"/>	Ομιλούμενες Γλώσσες:	Απαιτείται Διερμηνέας: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Μητρική Γλώσσα:	
	Άλλες Γλώσσες:	

**Μέλη της οικογένειας που συνοδεύουν τον αιτούντα**

Όνοματεπώνυμο	Ημερομηνία Γεννήσεως	Φύλο (Α/Θ)	Σχέση

Με την παρούσα δηλώνω επισήμως ότι έχω συμπληρώσει σε αυτό το έντυπο όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, τα οποία είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή, ακριβή και πλήρη.

Υπογραφή Αιτητή: .....

Ημερομηνία: .....

Έχοντας γνώση ότι έχω απόλυτο δικαίωμα να αρνηθώ ή να συναινέσω, χωρίς αυτό να επηρεάζει με οποιονδήποτε τρόπο την αξιολόγηση της αίτησής μου, επιτρέπω την πρόσβαση στον φάκελό μου, σε εκπρόσωπο αρμόδιου οργανισμού ή άλλης αρχής, για σκοπούς ποιοτικού ελέγχου.

Όνοματεπώνυμο Αιτητή .....

Υπογραφή Αιτητή .....

Ημερομηνία: .....