

B . ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ*

ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ ΕΤΟΥΣ 2024

(Αφορά όσους έχουν ήδη εγγραφεί κατά τα έτη 2013 – 2023 και δεν επιθυμούν να επιλέξουν συγκεκριμένο νοσοκομείο/Ιδιωτική Κλινική)

(Το παρόν θα αποσταλεί με επισυναπτόμενα
τα σχετικά δικαιολογητικά στην ηλεκτρονική Δ/νση:
protokollo@dypede.gr)

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα Πατέρα: _____

Όνομα Μητέρας: _____

Δ/νση: _____

ΤΚ: _____

Τηλεφ: _____

e-mail: _____

**ΠΡΟΣ
ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ**

Επιθυμώ να περιληφθώ στον κατάλογο
Αποκλειστικών της 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2024
χωρίς επιλογή συγκεκριμένου νοσοκομείου/
Ιδιωτικής Κλινικής.

Ο /Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)

1. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος
τρέχοντος έτους
2. Ένσημα που έχουν αποκτηθεί κατά το
τελευταίο έτος
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
(από όπου διαπιστώνεται η ιδιότητα πολυτεκνίας)
4. Λοιπά δικαιολογητικά που τυχόν άλλαξαν
κατά το τρέχον έτος:

.....

.....

Ημερομηνία :/...../202...

*Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν.1599/1986.