

ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

ΣΤΟ ΜΟΝΟΗΜΕΡΟ ΚΛΑΔΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΤΩΝ Π.Ε. ΑΝAT. ΑΤΤΙΚΗΣ

21 ΙΟΥΝΙΟΥ 2025

**Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ**

Παρακαλούμε συμπληρώστε τη δήλωση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα

**Όνομα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Επώνυμο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Αριθμός Μητρώου ΣΕΠ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ημερομηνία Γέννησης:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Διεύθυνση Κατοικίας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Πόλη:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΚ:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο Επικοινωνίας:**

**Σπίτι:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Κινητό:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Β. ΠΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Σύστημα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Αρχηγός Κοινότητας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο Αρχηγού:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**email Αρχηγού:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Γ. ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ**

Βεβαιώνω την ακρίβεια των παραπάνω ατομικών στοιχείων και υποβάλλω την συμμετοχή μου στο μονοήμερο Κλάδου Ανιχνευτών της Π.Ε. Ανατ. Αττικής στα Ψαχνά Ευβοίας στις **21 Ιουνίου 2025**. Μαζί με τη δήλωση καταθέτω στον/στην Αρχηγό Κοινότητας το ποσό ατομικής συμμετοχής στη δράση, **20 ευρώ**.

Τέλος, ενημερώνω τη δράση ότι ακολουθώ:

ειδική φαρμακευτική αγωγή………………………………………………….……………………………

για την αντιμετώπιση………………………………………………………………………………… και εμφανίζω αλλεργία στα ……………………………………………………………………….. .

………………………………………………………

(Υπογραφή και Ονοματεπώνυμο)