



Γλώσσα: Ελληνικά

ΥΚΕ 204

Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΥΛΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

طلب شروط استلام المواد

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

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

تاريخ الطلب:.....\.....\.....

Αριθμός Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC).....

رقم بطاقه تسجيل أجنبي:.....

Όνομα: الاسم الاول:	Επώνυμο: اسم العائلة:	
Φύλο: Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> الجنس انثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	Τίτλος : Κοσ. <input type="checkbox"/> Δις <input type="checkbox"/> Κα. <input type="checkbox"/> اللقب: السيد <input type="checkbox"/> الأنسة <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/>	
Υπηκοότητα: الجنسية:	Θρησκεία: الديانة:	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Αριθμός Διαβατηρίου: رقم البطاقة الشخصية / جواز السفر:
Διεύθυνση: العنوان :	Τηλέφωνο Επικοινωνίας: رقم الهاتف للتواصل:	Ημερομηνία Γεννήσεως: تاريخ الولادة:
		Χώρα Καταγωγής: مكان الميلاد:
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"/> الحالة العائلية: أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/>	Ομιλούμενες Γλώσσες: اللغة التي تتحدثها: Μητρική Γλώσσα: لغة الأم: Άλλες Γλώσσες: لغات أخرى:	Απαιτείται Διερμηνέας: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> هل مطلوب مترجم: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> أرمل/ة	<input type="checkbox"/> متزوج/ة	
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--

Μέλη της οικογένειας που συνοδεύουν τον αιτούντα

أفراد الأسرة المرافقين لمقدم الطلب:

Όνοματεπώνυμο الاسم الكامل	Ημερομηνία Γεννήσεως تاريخ الميلاد	Φύλο (Α/Θ) ذکر / انثى	Σχέση صلة القرابة

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:

انا أقر انني قد قمت بتعبئة كافة البيانات المتطلبة في هذا الطلب و ان هذه البيانات على حد علمي صحيحة، دقيقة و كاملة.
توقيع مقدم الطلب:
التاريخ:

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:

أنا أعلم أن لي الحق المطلق في الرفض أو القبول، دون أن يؤثر ذلك بأي طريقة على تقييم طلبي.
أقر بموجبه الوصول إلى ملفي، إلى أي ممثل لمنظمة مختصة أو سلطة أخرى ، لأغراض مراقبة الجودة.

الاسم الكامل لمقدم الطلب:
توقيع مقدم الطلب:
التاريخ: