

# ΔΗΜΟΣ ΛΑΓΚΑΔΑ – Υ.Κ.Π.Α.Α.Π.

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΑΖΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ 2017

## ΚΑΡΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ (Ενηλίκων)

| α/α | Επώνυμο | Όνομα | Όνομα πατέρα | Ημερομηνία Γέννησης |
|-----|---------|-------|--------------|---------------------|
|     |         |       |              |                     |

Τόπος κατοικίας (Δημοτική Ενότητα & τόπος)

Διεύθυνση (οδός, αριθμός)

Ταχ. Κώδικας

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Τηλέφωνο (σταθερό)

Τηλέφωνο (κινητό)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ και  
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3/7-31/7

AQUA  
AEROBIC

3/7-31/7

\* Απαραίτητη για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα η ιατρική βεβαίωση υγείας και η συμπλήρωση υπεύθυνης δήλωσης.

| α/α<br>εγγραφής   | ημερομηνία κατάθεσης<br>της συμμετοχής | Αποπληρωμή του προγράμματος |             |      |
|---|--|-----------------------------|-------------|------|
|   |  | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ                  | ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΟ | ΠΟΣΟ |
|   |  |                             |             |      |
|   |  |                             |             |      |
| ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΠΛΗΡΩΜΗ: (1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ, (2) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ (3) ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΠΟΥ ΝΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΤΟ Α.Φ.Μ. ΚΑΙ Η Δ.Ο.Υ. ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΙ Ο ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΣ |  |                             |             |      |

Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας  
ενήλικα αθλούμενου

Α.Φ.Μ.  
ενήλικα αθλούμενου

Δ.Ο.Υ.  
ενήλικα αθλούμενου

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ για τη συμμετοχή ενηλίκων στα προγράμματα (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 ν.1599/1986)

|                                      |                            |       |          |                 |  |     |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|----------|-----------------|--|-----|
| ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :                | Υ.Κ.Π.Α.Α.Π. ΔΗΜΟΥ ΛΑΓΚΑΔΑ |       |          |                 |  |     |
| Ο Η Όνομα:                           |                            |       |          | Επώνυμο:        |  |     |
| Όνομα και επώνυμο Πατέρα:            |                            |       |          |                 |  |     |
| Όνομα και επώνυμο Μητέρας:           |                            |       |          |                 |  |     |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : |                            |       |          |                 |  |     |
| Τόπος Γέννησης:                      |                            |       |          |                 |  |     |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |                            |       |          | Ημ/νια Έκδοσης: |  |     |
| Τόπος Κατοικίας:                     |                            |       |          | Οδός:           |  |     |
| Αριθ.:                               |                            | Τ.Κ.: |          | Τηλ.:           |  | Κιν |
| Fax :                                |                            |       | e-mail : |                 |  |     |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή μου στα προγράμματα μαζικού αθλητισμού του Δήμου Λαγκαδά 2017

|                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <b>ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ και<br/>ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</b> | <b>1</b> από __/__/__ έως __/__/__ |
| <b>AQUA AEROBIC</b>                   | <b>1</b> από __/__/__ έως __/__/__ |

και (β) βεβαιώνω το άριστο της υγείας μου με την κατάθεση βεβαίωσης υγείας .

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση .

(2) Αναγράφεται ολογράφως .

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών .