

**ΑΙΤΗΣΗ**

(Συμπληρώστε τα στοιχεία όπως αναγράφονται στην αστυν. ταυτότητα & στο πιστοποιητικό γέννησης του παιδιού.)

**ΠΡΟΣ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ  
ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ  
«ΜΙΧΑΛΗΝΕΙΟ»**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε τροποποιημένη τη γνωμάτευση

ΟΝΟΜΑ:.....

με αριθμό πρωτ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

που αφορά το παιδί μου.....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:.....

.....

ΑΡΙΘΜ.ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.:.....

σύμφωνα με τα οριζόμενα στα κάτωθι :

ΑΡΙΘΜ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....

1. Άρθρο 45 του «Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ», (ΦΕΚ4898/Β'/2018)

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:.....

2. Παράρτημα του άρθρου 45 «ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ) ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ», (ΦΕΚ5571/Β'/2018)

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

3. Το με αριθμ. ΔΒ3Α/Φ115/12/οικ.49514/12-12-2018 έγγραφο της δ/νσης Στρατηγικού Σχεδιασμού του ΕΟΠΥΥ.

.....

4. Το με αριθμ. ΔΒ3Β/Φ11/οικ.1647/15-1-2019 έγγραφο της δ/νσης Στρατηγικού Σχεδιασμού του ΕΟΠΥΥ.

.....

5. Το με αριθμ. ΔΒ3Α/Φ115/οικ.4755/7-2-2019 έγγραφο του ΕΟΠΥΥ.

.....

6. Το με αριθμ. ΔΒ3Α/Φ115/3/οικ.6042/18-2-2019 έγγραφο του ΕΟΠΥΥ

.....

.....

ΤΗΛ.ΣΤΑΘΕΡΟ:.....

ΤΗΛ.ΚΙΝΗΤΟ:.....

e-mail:.....

Παρακαλώ το έγγραφο :

A. να παραληφθεί από τον/την.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Με Α.Δ.Τ.....

B. να αποσταλεί με ταχυμεταφορική την οποία θα  ειδοποιήσω και θα χρεωθώ ο/η ίδιος/α.

.....ΑΙΤ.....