

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ – REFERRAL FORM

<p>Ημερομηνία Παραπομπής: Date of referral:</p>	
<p>Υπηρεσία που παραπέμπει: Referring Actor:</p>	
<p>Όνομα συνεργάτη και τηλέφωνα επικοινωνίας: Colleague's name and phone number:</p>	
<p>Όνομα επωφελομένου και τηλέφωνα επικοινωνίας: Beneficiary's name and phone number:</p>	
<p>Γλώσσα ή γλώσσες που μιλάει και κατανοεί: Spoken language(s):</p>	
<p>Περιοχή/τόπος διαμονής: Place of residence:</p>	
<p>Λόγος παραπομπής για πιστοποίηση: Reason for referral for certification:</p>	
<p>Χώρα καταγωγής: Country of origin:</p>	
<p>Αριθμός υπόθεσης στην ΥΑ: Asylum service case number:</p>	
<p>Νομική συνδρομή-στοιχεία επικοινωνίας: Contact details of legal support focal point:</p>	
<p>Συνέντευξη ασύλου/απόφαση/προθεσμίες: Asylum interview/decision dates:</p>	
<p>Λοιπές οργανώσεις: Other supporting NGOs:</p>	

Σύντομο ιστορικό-brief case history:

**Συγκατάθεση στην Κοινοποίηση Πληροφοριών (Να διαβαστεί παρουσία του/της επωφελομένου/ης και να επιλυθούν τυχόν απορίες προτού υπογράψει)**  
**Consent to Release Information (Read with the Persons and answer any questions before s/he signs below)**

Κατανοείτε τη διαδικασία παραπομπής και τις ακριβείς πληροφορίες που θα κοινοποιηθούν στη ΜΕΤΑδραση;

Do you understand the referral procedure?

Ναι/Yes  Όχι/No

Συναινείτε στη διαβίβαση των πληροφοριών στη ΜΕΤΑδραση;

Do you consent to the disclosure of relevant information to METAdrasi?? Ναι/Yes  Όχι/No

Signature

Name

Ημ/νια-Date:

Υπογραφή

Όνομα