

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: _____

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: _____

Α.Μ.: _____

Α.Μ. ΣΥΝΑΛ.: _____

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Προς

ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ Υ ΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ
ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ _____

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

Δ/ΝΣΗ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ _____

ΠΟΛΗ _____

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΠΕΙΡΑΙΑΣ ____/____/201____

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε

Βεβαίωση, στην οποία να αναγράφεται το

συνολικό ποσό που εισέπραξα το έτος

201__, από το επίδομα ΠΑΙΔΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

για να τη χρησιμοποιήσω στη φορολογική
μου Δήλωση.

Ο/Η ΑΙΤ _____