

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: _____



Α.Μ.: _____

Α.Μ. ΣΥΝΑΛ.: _____

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΠΑΡΑ/ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ

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 Βαριάς
Αναπηρίας,
για να τη χρησιμοποιήσω στη φορολογική
μου Δήλωση.

Ο/Η ΑΙΤ _____