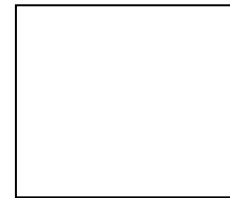


ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____
_



Α.Μ. Γρ.

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΟΜΟΓΕΝΩΝ

Προς

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

ΑΙΤΗΣΗ

**ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΛΟΓΩ
ΘΑΝΑΤΟΥ**

Σας υποβάλλω συνημμένα Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
του _____

ΕΠΩΝΥΜΟ

και παρακαλώ να διακοπεί η χορήγηση του επιδόματος.

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Δ/ΝΣΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ

ΠΟΛΗ

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ ____ / ____ /201 ____

Ο/Η ΑΙΤ _____