

ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____
_



Α.Μ. Γρ.

Προς

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

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΠΑΡΑ/ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ

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 _____