

ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____



Α.Μ. Γρ.

Προς

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

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ

**ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΛΟΓΩ
ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΦΑΚΕΛΟΥ**

Σας παρακαλώ να φροντίσετε να μεταφερθεί

ο φάκελός μου στο Δήμο _____

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

διότι διαμένω πλέον

ΟΝΟΜΑ _____

στη πόλη _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ _____

στην οδό _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ _____

στον αριθμό _____

με Ταχυδρ. Κώδικα _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ _____

Τα νέα μου τηλέφωνα επικοινωνίας είναι : _____

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

Δ/ΝΣΗ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ _____

ΠΟΛΗ _____

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΠΕΙΡΑΙΑΣ ____ / ____ /201 ____

Ο/Η ΑΙΤ _____