

ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____
_____

**Α.Μ. Γρ.**

**Προς**

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

**ΕΠΙΔΟΜΑ: ΟΜΟΓΕΝΩΝ**

## **ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**

**ΟΝΟΜΑ**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ**

**ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ**

**ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ**

**ΠΟΛΗ**

**ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_**

**Ο/Η ΑΙΤ\_\_\_\_**