

ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____

Α.Μ. Γρ.

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 ____

Ο/Η ΑΙΤ ____