



ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΑΤΩ
ΑΚΡΩΝ Ή ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ, ΜΕ ΠΟΣΟΣΤΟ 80% ΚΑΙ ΑΝΩ

Προς Δήμο Σαλαμίνας
Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού

<u>Αίτηση</u>	
Επώνυμο	<p>Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το επίδομα κίνησης σε άτομα με παράλυση των δυο κάτω άκρων ή ακρωτηριασμό των δυο κάτω άκρων, με ποσοστό 80% και άνω.</p> <p>Συνοδευτικά σας υποβάλλω:</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p>3)</p> <p>4)</p> <p>5)</p> <p>6)</p>
Όνομα	
Όνομα πατρός	
Κατοίκου	
Οδός	
Αριθμός	
Ταχ. Κώδικας	
Τηλέφωνο	
FAX	
A.Φ.Μ.	
Ημερ. γέννησης - -	
Αριθ. Δελ. Ταυτότητας	

Σαλαμίνα, / / 2014

Ο / Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)