



ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΕΩΣ 18 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (ΣΠΑΣΤΙΚΑ)

Προς
Δήμο Σαλαμίνας
Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού

<u>Αίτηση γονέα ή κηδεμόνα</u> <u>σπαστικού</u>		
Επώνυμο	Παρακαλώ όπως εντάξετε στο Πρόγραμμα επιδότησης ατόμων με εγκεφαλική παράλυση (σπαστικά) τ... Συνοδευτικά σας υποβάλλω: 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7)
Όνομα	.....
Όνομα πατρός	.....
Κατοίκου	.....
Οδός	.....
Αριθμός	.....
Ταχ. Κώδικας	.....
Τηλέφωνο	.....
FAX	.....
A.Φ.Μ.	.....
Έτος γέννησης	.....
Αριθ. Δελ. Ταυτότητας	.....

Συνδικαιούχος επιδόματος:

Επώνυμο:

Σαλαμίνα, / / 201...

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Ο / Η ΑΙΤ.....

Όνομα μητρός:

Οδός:

Αριθμός:

(υπογραφή)

Ταχ. Κώδικας:

Αριθμός ΑΔΤ:

Τηλέφωνο: