



**ΑΙΤΗΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ «ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ»**

**Προς**  
Δήμο Σαλαμίνας  
Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού

<u>Αίτηση</u>			
Επώνυμο	.....	Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το επίδομα από το πρόγραμμα «Τυφλότητας».	
Όνομα	.....		
Όνομα πατρός	.....		Συνοδευτικά σας υποβάλλω:
Κατοίκου	.....		1) .....
Οδός	.....		2) .....
Αριθμός	.....		3) .....
Ταχ. Κώδικας	.....		4) .....
Τηλέφωνο	.....		5) .....
FAX	.....		6) .....
A.Φ.Μ.	.....		
Έτος γέννησης	.....		
Αριθ. Δελ. Ταυτότητας	.....		

Σαλαμίνα, / / 201...

Ο/Η ΑΙΤ.....