



**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: .....