



**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.....