

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΒΡΕΦΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΟΙΚ/ΚΩΝ & ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ Δ.Β.Α.

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Α.Δ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:.....

.....

Παρακαλώ όπως συμπεριλάβετε το/τα παιδί/ά:
(όνομα παιδιού/ών και ημερομηνία γέννησης)

.....

.....

.....

.....

.....

στην διαδικασία συμμετοχής για την
χορήγηση βοηθήματος από το κληροδότημα
Οφέλτου Ι.Σκυλίτζη.

Ο/Η ΑΙΤ_____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:..../...../2025

ΣΥΝ. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....