**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Ατομικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ........................................................

Όνομα: .......................................................

Όνομα πατέρα: ................................................

Όνομα μητέρας: ..............................................

Δ/νση κατοικίας: ..............................................

.........................Τ.Κ. .............

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

(σταθερό) ..........................................................

(κινητό) ..............................................................

Δ/νση ηλεκτρ. ταχυδρομείου (e mail):

...........................................................................

**Υπηρεσιακά στοιχεία**

Α.Φ.Μ. ............................................

Ειδικότητα: ........................................................

Κλάδος: ...........

Σχολική Μονάδα τοποθέτησης:

............................................................................

**Θέμα:** «Χορήγηση μηνιαίας οικογενειακής παροχής»

................................., ..... / ...... / 20 ........



**ΠΡΟΣ:** τη Διεύθυνση

Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Αρκαδίας

28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος)

Τρίπολη

22131-ΤΡΙΠΟΛΗ

Σάς παρακαλώ να μου χορηγήσετε στις αποδοχές μου την προβλεπόμενη μηναία οικογενειακή παροχή (άρθρο 15 του Ν.4354/20215, ΦΕΚ 176 Α΄).

Συνημμένα σάς υποβάλλω:

1) …………………………………………………..

2) …………………………………………………..

3) …………………………………………………..

4) …………………………………………………..

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

.............................................

(Ονοματεπώνυμο)