Α Ι Τ Η Σ Η

**ΠΡΟΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Ν.ΚΥΚΛΑΔΩΝ**

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

ΑΦΜ

Διεύθυνση κατοικίας

ΤΚ/Πόλη

Σταθερό τηλέφωνο Κινητό τηλέφωνο

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το δικαιούμενο ποσό για τη προμήθεια ακουστικού/κων βαρηκοΐας για το τέκνο μου (Ονομ/μο παιδιού) …………………………………… σύμφωνα με τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης 158014/Γ6(ΦΕΚ 1986/τΒ΄/23-12-2010.

 Συνημμένα υποβάλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:

(αναγράφετε τα δικαιολογητικά που επισυνάπτονται στο φάκελο)

*\*Το όνομα του/της αιτούντος πρέπει να είναι το ίδιο με αυτό της έκδοσης του τιμολογίου αγοράς των ακουστικών.*

# Ο/Η αιτών/αιτούσα

Υπογραφή

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση ακουστικών βαρηκοΐας σύμφωνα με την Υ.Α. 158014/Γ6/ ΦΕΚ 1986/τΒ΄/23-12-2010**

# Ημερομηνία : …………………………, ………/………../……………….