

# ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΕΣ

2014- 2015

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

Α.Μ. ΤΥΠΕΤ: \_\_\_\_\_

ΜΟΝΑΔΑ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΠΙΛΟΓΙΚΟ: \_\_\_\_\_

### Διεύθυνση Κατοικίας

ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ: \_\_\_\_\_

Τ.Κ.: \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛ: \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

### Στοιχεία των μελών της οικογένειας

(μόνο όσων συμμετέχουν στο πρόγραμμα)

ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΩΝ \_\_\_\_\_ ΗΜ. ΓΕΝ. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

**Σημείωση:** Οι αιτήσεις αποστέλλονται στην παρακάτω διεύθυνση του Ταμείου Υγείας:

**Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΣΟΦΟΚΛΕΟΥΣ 15, 10552 ΑΘΗΝΑ**

F: 210 3251543



## ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΣΤΗ ΡΑΨΑΝΗ

ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για συμμετοχή στο πρόγραμμα οικογενειακών διακοπών στο θέρετρο του Ταμείου Υγείας στην περιοχή της Ραψάνης:

(ΜΙΑ ΜΟΝΟ ΕΠΙΛΟΓΗ)

**ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ:** Από 23/12 έως 28/12/14

**ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ:** Από 30/12/14 έως 03/01/15

**ΘΕΟΦΑΝΙΑ:** Από 03/01/15 έως 06/01/15

αριθμός ατόμων

Με τιμή  
(Υπογραφή)