

# ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ.....

Αρ.Δελτ.Ταυτ.....

## Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ .....

ΑΡΙΘΜΟΣ.....Τ.Κ.....

ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΤΗΛ.....

ΚΙΝΗΤΟ.....

## ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

.....

E-MAIL .....

ΑΘΗΝΑ.....

ΠΡΟΣ το Δ.Σ.

ΤΟΥ ΦΑΡΟΥ ΤΥΦΛΩΝ ΤΗΣ  
ΕΛΛΑΔΟΣ

Αθηνάς 17 ΚΑΛΛΙΘΕΑ 17673  
Τηλ. 210 9415222

Παρακαλώ πολύ όπως με  
εντάξετε σε τμήμα  
εκμάθησης γραφής Braille.

ΠΡΩΙΝΟ ΤΜΗΜΑ

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΤΜΗΜΑ

**Έχω λάβει γνώση του  
Κανονισμού λειτουργίας  
τμημάτων εκμάθησης Braille και  
ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ τους όρους.  
Με απόφαση Δ.Σ. δεν γίνεται  
επιστροφή χρημάτων.**

ο/η Αιτών/ούσα