

## ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ

Α.Μ ΚΕΠΑ .....

ΚΕ.Π.Α <sup>(1)</sup> .....

Ημερομηνία: ..... / ..... / .....

Αριθμός γνωμάτευσης: .....

Ημερομηνία  
γνωμάτευσης ...../...../ 202....

Αριθμός Επιτροπής: .....

Ημερομηνία  
συνεδρίασης ...../...../ 202....

ΑΜΚΑ: .....

ΑΦΜ: .....

ΔΟΥ: .....

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Πατρώνυμο: .....

Μητρώνυμο: .....

Ημ/νία Γέννησης: .. / ... / .....

☎ .....

Κινητό: .....

Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: .....

Ημ/νία Έκδοσης: ...../...../ 202....

Εκδούσα Αρχή: .....

Υπηκοότητα: .....

Δ/νση Κατοικίας: Οδός: .....

Αριθ.: .....

Πόλη: .....

email: .....

Τ.Κ. ....

Παραιτούμε από την με αρ. .... αίτηση που υπέβαλα για αξιολόγηση από Πρωτοβάθμια Υγειονομική

Επιτροπή ΚΕ.Π.Α. και έκδοση γνωστοποίησης αποτελέσματος πιστοποίησης ποσοστού αναπηρίας.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Φυσικό Πρόσωπο

☐

Δικηγόρος

☐

(Σημειώστε με X)

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Τηλέφωνο: .....

Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου: .....

Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού: .....

Λήξη: .....

Υπογραφή Εκπροσώπου: .....

Συνημμένα: