**ΠΡΟΣ**

 **Δ/ΝΣΗ Π.Ε. ΣΕΡΡΩΝ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε τη μηνιαία οικογενειακή παροχή για το/τα τέκνο/α μου που είναι γεννημένο/α στις …………….……… ………..….…………….. , σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν.4354/2015 (ΦΕΚ 176/Α/16-12-2015) και για το/τα οποίο/α πληρούνται οι προϋποθέσεις χορήγησης της αιτούμενης οικογενειακής παροχής.

Σας υποβάλλω συνημμένα:

1. Υπεύθυνη δήλωση οικογ.κατάστασης
2. Αντίγραφο Aποσπάσματος ληξιαρχικής πράξης γέννησης

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**…………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**………………………………………

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**……………………………………..

**A.M:** …………………………………………………

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:** ……………………………..

…………………………………………………………

**ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**…………………….

…………………………………………………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:**

**Σταθερό**:.............................................

**Κινητό:**…………………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤ….

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση μηνιαίας**

 **οικογενειακής παροχής»**

Σέρρες, …………………………………………