

ΑΙΤΗΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ή ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΞΚΩΝ Π.Δ

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα Πατρός:
Ανάπηρος ή Θύμα:
Αριθμός Μητρώου:
Βαθμός:
Κάτοικος:
Οδός:
Αριθμός:
ΤΚ:
Τηλέφωνο:
Θεραπαινίδα: Μετά ή άνευ
Δγή πρόσληψης Θεραπαινίδας:
.....
(Οι Έχοντες Διορισμένη Θεραπαινίδα,
από ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ.ΑΘΠ/
Γρ.Υγ/κού)

ΠΡΟΣ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΝΟΜΟΥ

Σας υποβάλλω τα συνημμένα
δικαιολογητικά και παρακαλώ να
εγκρίνετε:

☐

Αεροθεραπεία

☐

Λουτροθεραπεία

Οι προτιμήσεις μου είναι:

ΚΛΑΠ

σειρά....

ΚΛΑΠ

σειρά....

Ο (Η)
Αιτ