|  |  |
| --- | --- |
| **Υπηρεσία:** (Κοινωνική Υπηρεσία/Κέντρο Κοινότητας) | **Ημερομηνία:** |
| **Δήμος:** | **Αρ. πρωτ.:**  |
| **Ονοματεπώνυμο υπαλλήλου:**  |  |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας:** |  |
| **Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:** |  |

**Θέμα: Αίτημα άρσης ποινής για το Επίδομα Στέγασης**

Παρακαλούμε για την άρση ποινής εξαμήνου για τα μέλη με ΑΜΚΑ ….. , ………, ……. (*συμπληρώνονται τα ΑΜΚΑ των μελών για τα οποία πρέπει να γίνει άρση της ποινής*) της αίτησης ΧΧΧΧ-ΧΧΧΧ-ΧΧΧΧ-ΧΧΧΧ (*συμπληρώνεται ο αριθμός της αίτησης στην οποία συμμετείχαν*) η οποία ανακλήθηκε λόγω ……………... (*συμπληρώνεται ο λόγος της ανάκλησης της αίτησης*).

 *(Ημερομηνία)*

 *…………………………*

Ο αρμόδιος Προϊστάμενος

 ………………………………

 (συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο του/της Προϊσταμένου/ης)

*(Το ανωτέρω αίτημα συμπληρώνεται και αποστέλλεται στο* *epidomastegasis@yeka.gr* *)*