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

**Θέμα: Αίτημα επαναφοράς της αίτησης για το Επίδομα Στέγασης**

Παρακαλούμε για την επαναφορά της αίτησης από κατάσταση *«Σε Ανάκληση»,* με ΑΦΜ Δικαιούχου ………………………………….. (συμπληρώνεται ο ΑΦΜ).

Η αίτηση ανακλήθηκε ε**κ παραδρομής από υπάλληλο της υπηρεσίας.**

*(Ημερομηνία)*

*…………………………*

Ο αρμόδιος Προϊστάμενος

………………………………

(συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο του/της Προϊσταμένου/ης)

*(Το ανωτέρω αίτημα συμπληρώνεται και αποστέλλεται στο* [*epidomastegasis@yeka.gr*](mailto:epidomastegasis@yeka.gr) *)*