

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**ΑΙΤΗΣΗ** Προς το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας

Όνοματεπώνυμο :

Όνομα πατέρα :

Α.Μ. ΚΕ.Π.Α. :

Ταχ.δ/νση :

Αριθ.Τηλεφ. :

Αρ.κινητού τηλ.:

Παρακαλώ να προβείτε λόγω αρμοδιότητας στην αντιστοίχιση της πάθησής μου, όπως προκύπτει από τη συνημμένη Γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕ.Π.Α., με την κατ'αύξοντα αριθμό σχετική του Πίνακα του Παραρτήματος ΙΙ της με αρ.Δ18Α 5038263 (ΦΕΚ 2710/τ.Β'/24-10-2013) κοινής υπουργικής απόφασης του Υπουργού Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας και του Υφυπουργού Οικονομικών και να μου χορηγήσετε την προβλεπόμενη από τις σχετικές διατάξεις Ιατρική Βεβαίωση, προκειμένου να την υποβάλλω στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Οικονομικών για να τύχω της απαλλαγής από :

1. τα τέλη ταξινόμησης για την εισαγωγή επιβατικού αυτοκινήτου
2. τα τέλη κυκλοφορίας επιβατικού αυτοκινήτου

Συν: 1 γνωμάτευση

Ημερομηνία: / / 201

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ