**ΑΙΤΗΣΗ**

**Επώνυμο:……………………………………..**

**Όνομα:………………………………………….**

**Όνομα Πατρός:……………………………..**

**Όνομα Μητρός:…………………………….**

**Ειδικότητα/Σπουδές:**……………………..

**Τόπος γέννησης:……………………………..**

**Έτος γέννησης:………………………………..**

**Αρ. Αστ. Ταυτότητας:………………………..**

**Διεύθυνση:** Οδός:..……………………………

Περιοχή:…………………………………………….

**Τηλέφωνο:…………………………………………**

**E-mail: ……………………………………………….**

**Α.Φ.Μ:.……………………………………………..**

**ΔΟΥ:………………………………………………….**

**Αναπηρία: ΝΑΙ………………………………...**

 **ΟΧΙ…………………………………**

**Κατηγορία Αναπηρίας:……………………..**

**Ποσοστό Αναπηρίας:…………………………**

**ΘΕΜΑ:** Ένταξη στο τμήμα εκμάθησης του συστήματος Braille:………………………………

……………………………………………………………..

**………………… ……/……/ 202**

**ΠΡΟΣ:**

**Περιφερειακή Ένωση Τυφλών Κρήτης**

Σας παρακαλώ να εξεταστεί το αίτημά μου προκειμένου να συμμετάσχω σε τμήμα εκμάθησης του συστήματος γραφής και ανάγνωσης τυφλών Braille και να λάβω τη σχετική βεβαίωση ολοκλήρωσης του προγράμματος.

**Ο/Η ΑΙΤ……………**

**………………………………………………………………..**

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ)