**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΚΩΔΙΚΟΣ......................... ΠΡΟΣ**

**Τον Δήμο Καλλιθέας**

**ΕΠΩΝΥΜΟ...................................................**

**ΟΝΟΜΑ.........................................................** Σας παρακαλώ για την **ΡΙΨΗ / ΜΕΤΑΦΟΡΑ**

**Α.Φ.Μ. ...........................................................** των οστών του/της

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ........................................** ………………………………………………

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ....................................** που βρίσκονται στο **Οστεοφυλάκιο Νο**…….

**ΕΙΔΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ..................................** που βρίσκονται στη **Θυρίδα Νο**……….

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ....................................** του Δημοτικού Κοιμητηρίου Καλλιθέας

**ΟΔΟΣ ..................................................ΑΡ .......** στο **κοινοτάφιο** ή **μεταφορά** στο

**ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ .............................................** …………………………………………….

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ...................................................** με την παρουσία μου / χωρίς την παρουσία μου**.**

**ΚΙΝ............................................... Δηλώνω ότι παραιτούμαι της χρήσης του**

**παραπάνω Οστεοφυλακίου / Θυρίδας.**

**ΘΕΜΑ: ΡΙΨΗ / ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΟΣΤΩΝ**

Με Τιμή

Ο/Η Αιτ..........

ΚΑΛΛΙΘΕΑ ................./........./2020