

ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ ΓΛΥΦΑΔΑΣ

Αριθ. Πρωτ.: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Προς: Δηξίαρχο  
Γλυφάδας

Επώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_

Τόπος & Δ/ση κατοικίας

\_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

Αριθ. Ταυτότητας: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε  
\_\_\_\_\_ αντίγραφα Δηξιαρχικής Πράξεως  
Γεννήσεως του (Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο,  
Μητρώνυμο, Ημερομηνία Γέννησης)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Να αναγράφεται το Θρήσκευμα: ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Αιτ \_\_\_\_\_