

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Κ.Π.Α.

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... Παρακαλώ να μου εγκρίνετε απαλλαγή από τα  
ΟΝΟΜΑ:..... τέλη φοίτησης του Π.Μ.Σ.:.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:..... για το οποίο έχω επιλεγεί.  
ΑΡ. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ  
ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....  
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ  
(ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ/ΠΟΛΗ/Τ.Κ.): Σημειώνεται ότι την αίτησή μου συνοδεύουν τα  
..... απαραίτητα δικαιολογητικά, όπως αναφέρονται  
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:..... στο άρθρο 5 της υπ'αριθμ. 131757/21/2-8-2018  
ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:..... σχετικής Υπουργικής Απόφασης.

ΑΘΗΝΑ,.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Συνημμένα: