

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
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:..... απαραίτητα δικαιολογητικά, όπως αναφέρονται
στο άρθρο 5 της υπ' αριθ. 108990/Ζ1/8-9-2022
(ΦΕΚ 4899 Β') σχετικής Υπουργικής Απόφασης.
ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:.....
E-mail:.....

ΑΘΗΝΑ,.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Συνημμένα: