

**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: