|  |  |
| --- | --- |
| **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΄αριθ. 108990/Z1/8-9-2022 (ΦΕΚ 4899 Β΄) σχετικής Υπουργικής Απόφασης. |
| ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:………………………………………………. |  |
| E-mail:………………………………………………. |  |
|  |  |
|  |  |
| ΑΘΗΝΑ,…………………………………………. |  |
|  |  |
| Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Συνημμένα: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |