

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ
ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΔΑΚΤΡΩΝ**

ΠΡΟΣ:

**Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»
του Τμήμα Ιατρικής
της Σχολής Επιστημών Υγείας
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ
ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ Π.Μ.Σ**

Παρακαλώ όπως εξετάσετε την αίτησή μου για χορήγηση υποτροφίας απαλλαγής διδάκτρων στο Π.Μ.Σ του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο «ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ».

ΕΠΩΝΥΜΟ:

Μαζί με τη αίτησή επισυνάπτονται:

ΟΝΟΜΑ:

(α) Αντίγραφο των δηλώσεων Ε1 και των εκκαθαριστικών φορολογίας εισοδήματος (φορολογικό έτος ή εισόδημα του προηγούμενου έτους) του αιτούντος και του/της συζύγου εάν είναι έγγαμος/η **και** των γονέων του

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

(β) Αντίγραφο «Εκκαθαριστικού τελευταίας εκκαθάρισης για το προηγούμενο έτος» της δήλωσης ενιαίου φόρου ιδιοκτησίας ακινήτων (ΕΝ.Φ.Ι.Α) του υποψηφίου **και** των δύο γονέων του (σε περίπτωση που ο υποψήφιος **δεν** έχει δική του οικογενειακή μερίδα)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

(γ) Πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του υποψηφίου (ή της οικογένειάς του)

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κιν):

(στ) Υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος από την οποία προκύπτει ότι **δεν** έχει κάνει χρήση του δικαιώματος απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης σε Π.Μ.Σ. και ότι **δεν** λαμβάνει υποτροφία από άλλη πηγή.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (σταθ):

e-mail :

Λάρισα, .../.../...

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ.....