

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) Αντίγραφα των δηλώσεων **Ε1**, των **Εκκαθαριστικών φορολογίας εισοδήματος** και Εκκαθαριστικών **ΕΝ.Φ.Ι.Α** οικ. ετών 2023 και 2024.

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**α1. ΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΤΟ ΕΙΚΟΣΤΟ ΕΚΤΟ (26ο) ΕΤΟΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΑΜΟΣ Η ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΣΥΝΑΨΕΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

του συνόλου των μελών της οικογένειάς του, ήτοι του ίδιου του αιτούντος, των γονέων του, ανεξαρτήτως αν κάνουν κοινή ή χωριστή φορολογική δήλωση, και των αδελφών του έως είκοσι έξι (26) ετών.

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κιν):**

**α2. ΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΕΧΕΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΤΟ 26ο ΕΤΟΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΑΜΟΣ Η ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΣΥΝΑΨΕΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ (σταθ):**

του αιτούντος την απαλλαγή.

**e-mail :**

**α3. ΕΦΟΣΟΝ ΕΙΝΑΙ ΕΓΓΑΜΟΣ Η ΕΧΕΙ ΣΥΝΑΨΕΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:**

**Λάρισα, .../.../...**

του αιτούντος την απαλλαγή από τέλη φοίτησης και του ή της συζύγου ή συμβιούντος του.

**(β)** Πρόσφατο **πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης** του υποψηφίου (ή της οικογένειάς του)

**(γ)** **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.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

.....