

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«**ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ»**

Αριθ. Πρωτοκ.:………………………..

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΤΕΛΩΝ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα : |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Α.Δ.Τ.: |  |
| Δ/νση κατοικίας |  |
| Οδός: |  |
| Τ.Κ.: | Πόλη: |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| E-mail: |  |
| Λάρισα, / / 202…  |

**ΠΡΟΣ:**

Τη Γραμματεία του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ):

**«Φυσικές Αρχές Βιοϊατρικής Απεικόνισης και Ακτινοπροστασία»**

Σας παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για την απαλλαγή των τελών φοίτησής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«Φυσικές Αρχές Βιοϊατρικής Απεικόνισης και Ακτινοπροστασία»

Μαζί με την αίτηση επισυνάπτονται:

1. Αντίγραφα των δηλώσεων Ε1 και των εκκαθαριστικών φορολογίας εισοδήματος του 2020 (φορολογικό έτος ή εισόδημα του 2020) του αιτούντος και του/της συζύγου εάν είναι έγγαμος/η **και** των γονέων του
2. Αντίγραφο «Εκκαθαριστικού τελευταίας εκκαθάρισης για το έτος 2020» 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)
3. Πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του υποψηφίου (ή της οικογένειάς του)
4. 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 Αιτών/-ούσα