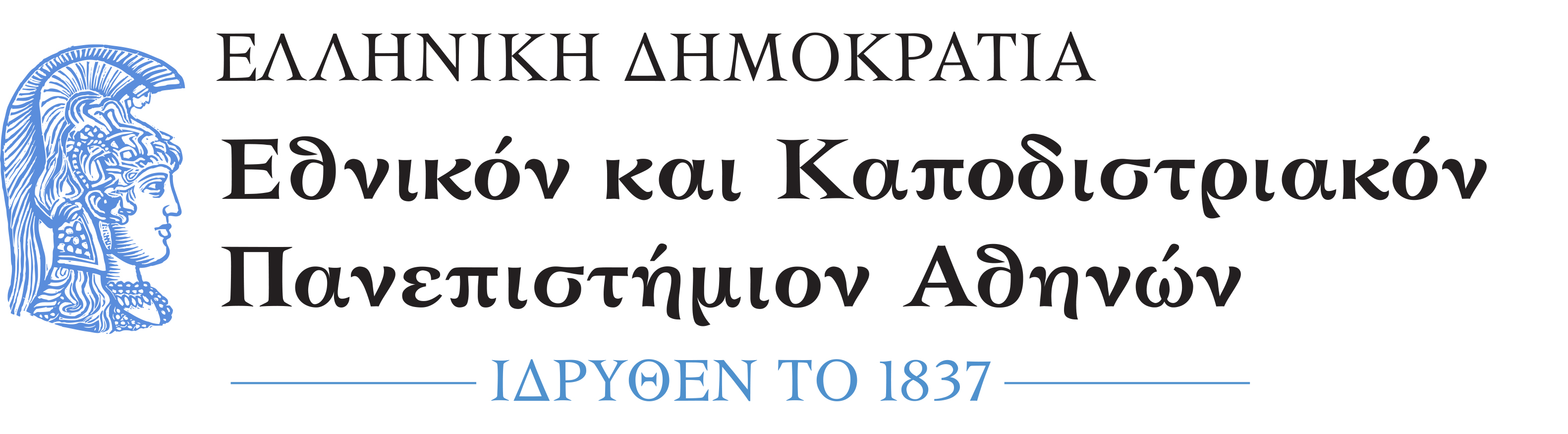
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

****

|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΤΕΛΩΝ ΦΟΙΤΗΣΗΣΑκαδημαϊκό Έτος 2024-2025 | |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

**ΑΙΤΗΣΗ / ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | | |
| Πατρώνυμο: |  | Α.Δ.Τ: | |  |
| Έτος Γέννησης |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Κινητό τηλέφωνο:** |  | |
|  | | |
| *Ηλεκτρονική Διεύθυνση (Ε-mail):* | |  |

|  |
| --- |
| **Ημερομηνία ……… / ….. / 2024**  ................................................ ...............................  (ονοματεπώνυμο ολογράφως) (υπογραφή) |



### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΥΠΕΥΘΥΝΗΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8,

παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΠΜΣ «ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ»** | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – ~~Η~~ Όνομα: |  | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | | Τηλ: | |  | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | Δ/νσηΗλεκτρ.Ταχυδρ (Ε-mail): | | | |  | | | | | | |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Δεν έχω κάνει χρήση του δικαιώματος απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης σε Π.Μ.Σ. με τη διάταξη** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **του άρθρου 35 του ν. 4485/2017 και δεν λαμβάνω υποτροφία από άλλη πηγή.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Σε περίπτωση που δεν πληρούνται τα κριτήρια απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης, θα καταβάλω** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **άμεσα το ποσό της πρώτης δόσης για την ολοκλήρωση της εγγραφής μου στο πρόγραμμα.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(4)** | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ημερομηνία: …….../…….../………….

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.