

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  **«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»** | med_uth_GRmed_uth_GR |   **Αίτηση Απαλλαγής Τελών Φοίτησης Μεταπτυχιακού Φοιτητή** | |
|  | **Προς:** Τη Γραμματεία ΠΜΣ Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσησς στη Νεφρολογική Φροντίδα. |
| Επώνυμο:…………………………………. | Σας καταθέτω τα κάτωθι δικαιολογητικά προκειμένου να εξετάσετε τη δυνατότητα απαλλαγής μου από τα τέλη φοίτησης για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μεταπτυχιακό Διπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»  σύμφωνα με τις Υ.Α. 131758/Ζ1 και 131757/Ζ1 (ΦΕΚ 3387 τ.Β’ 10.8.2018):   1. Αντίγραφα φορολογικών δηλώσεων Ε1 οικ. έτους 2021 (δικό μου και του/της συζύγου μου, εφόσον είμαι έγγαμος ή των γονέων μου εφόσον είμαι εξαρτώμενο μέλος από τους γονείς μου). 2. Αντίγραφα εκκαθαριστικών εφορίας οικ. έτους 2021 (δικό μου και του/της συζύγου μου, εφόσον είμαι έγγαμος ή των γονέων μου εφόσον είμαι εξαρτώμενο μέλος από τους γονείς μου). 3. Αντίγραφα εκκαθαριστικών ΕΝΦΙΑ οικ. έτους 2021 (δικό μου και του/της συζύγου μου, εφόσον είμαι έγγαμος ή των γονέων μου εφόσον είμαι εξαρτώμενο μέλος από τους γονείς μου). 4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το Δήμο, στο δημοτολόγιο του οποίου είναι εγγεγραμμένα όλα τα μέλη της οικογένεια μου με κανονική εγγραφή. 5. Πιστοποιητικό σπουδών των αδελφών μου φοιτητών, οι οποίοι βαρύνουν τους γονείς μου. 6. Ιατρική γνωμάτευση των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) ή απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής του Ι.Κ.Α., ή των Ανώτατων Υγειονομικών Επιτροπών του Στρατού (Α.Σ.Υ.Ε.), του Ναυτικού (Α.Ν.Υ.Ε.), της Αεροπορίας (Α.Α.Υ.Ε.) και της Ελληνικής Αστυνομίας, για εξαρτώμενο τέκνο που έχει συμπληρώσει το 18ο αλλά όχι το 24ο έτος της ηλικίας του, δεν είναι σπουδαστής ή φοιτητής και έχει ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Τα εν λόγω δικαιολογητικά θα πρέπει να είναι σε ισχύ τη χρονική στιγμή που υποβάλλεται η αίτηση και να προκύπτει η διάρκεια της αναπηρίας από αυτά. 7. Ληξιαρχική πράξη θανάτου του αποβιώσαντος γονέα, εφόσον δηλώνω ορφανός από τον έναν ή και τους δύο γονείς. 8. Διαζευκτήριο, εφόσον δηλώνω διαζευγμένος ή τέκνο διαζευγμένων γονέων 9. Υπεύθυνη δήλωση, από την οποία προκύπτει ότι δεν έχω κάνει χρήση του δικαιώματος μου απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης σε άλλο Π.Μ.Σ. με τη διάταξη του άρθρου 35 του ν. 4485/2017 και ότι δεν λαμβάνω υποτροφία από άλλη πηγή.   **Σημείωση:** Τα δικαιολογητικά υπ. Αριθμ. 5,6,7, 8 υποβάλλονται μόνο στην περίπτωση επίκλησης των αντίστοιχων λόγων**.** |
| Όνομα:…………………………………….. |
|  |
| Κινητό τηλέφωνο:…………………………. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | Ο/Η Αιτ………… |
| Ημερομηνία:…….……..…………… |  |
|  |  |
|  | (υπογραφή) |