

|  |
| --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΤΕΛΩΝ ΦΟΙΤΗΣΗΣ |

|  |  |
| --- | --- |
| Προσωπικά Στοιχεία | Στοιχεία Ταυτότητας |
| Επώνυμο: |  | Αριθμός: |  |
| Όνομα: |  | Ημ. Έκδοσης: |  |
| Πατρώνυμο: |  | Εκ. Αρχή: |  |
| Μητρώνυμο: |  | Ημ. Γέννησης:  |  |
| ΑΦΜ: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| ΑΜΚΑ: |  | Δημότης:  |  |
| Τηλ. οικίας: |  | Του Νομού: |  |
| Κιν. Τηλ: |  | Υπηκοότητα: |  |
| Email: |  | Οικ. Κατάσταση: |  |
| Ταχ. Δ/νση: |  |

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτησή μου για απαλλαγή διδάκτρων, επειδή πληρώ τις προϋποθέσεις των παρ. 2 και 3 του άρθρου 35 του Ν4485. Συνημμένα σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι δεν έχω κάνει χρήση του δικαιώματος της απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης σε Δ.Π.Μ.Σ. με τη διάταξη του άρθρου 35 του ν. 4485/2017 και δεν λαμβάνω υποτροφία από άλλη πηγή.

Ημερομηνία: …………………………………..

**Ο/Η Αιτών/-ούσα**