**Α Ι Τ Η Σ Η Α Π Α Λ Λ Α Γ Η Σ**

**Στο α΄ εξάμηνο του Α’ κύκλου σπουδών του ΠΜΣ, με τίτλο Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία**

Προς : Τη Γραμματεία του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας - Π.Μ.Σ «Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία»

Ημ/νια παραλαβής (\*)………………… Αρ. Πρωτ: (\*) ……………………….

**(\*) Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία**

Αθήνα …../…../……

Ο / Η Αιτών / ούσα

**Παρακαλώ όπως εξετάσετε την αίτησή μου για απαλλαγή από τα τέλη φοίτησης του Π.Μ.Σ. «**Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία**» του ΠΑ.Δ.Α., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 418 του Ν.4957/2022 και την με αριθ. Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 4659/ 05/09/2022, καθώς την εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας 108990/Ζ1, του Ν.4899/16-09-2022 .**

**Υποβάλλω συνημμένα τα δικαιολογητικά που ορίζονται στο άρθρο 5 της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης.**

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
2. Ε1 Οικογενειακό – των δύο τελευταίων ετών <26 ετών (όλων των άγαμων μελών 
3. Ε1 – Ατομικό – των δύο τελευταίων ετών > 26 ετών (συζύγου ή συμβιούντος 
4. Τέκνο τρίτεκνης ή πολύτεκνης οικογένειας ή τέκνο άγαμου γονέα ή ορφανός τουλάχιστο από έναν (1) γονέα ή άτομο με αναπηρία ή μέλος νοικοκυριού με άτομο με αναπηρία (κατατίθενται τα ανάλογα δικαιολογητικά
5. Υπεύθυνη Δήλωση 
6. Άλλο ……………………………………………………….

**Επώνυμο:** …………………………………………

**Όνομα:** ……………………………………………

**Όνομα Πατέρα:** …………………………………

**Όνομα Μητέρας:** …………………………………

**Ημερομηνία γέννησης:** ………………..………

**Τόπος γέννησης:** …………………………………

**Αρ. Δελτ. Αστυν. Ταυτ. / Διαβατηρίου:** ………

**ΑΦΜ:** ……………………………….………………

**ΔΟΥ:** ………………………………………………

**Δ/νση κατοικίας - Οδός:** ……………….………

**Αριθμός:** ….……… **ΤΚ:** ……………………

**Πόλη - Περιοχή:** …………………………………

**Χώρα:** …………………………………………

**Τηλέφωνο Οικίας:** ……………………………

**Κινητό:** ……………………………………………

**e-mail:**  ...........……………………..………………