**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ – PUBLIC HEALTH»**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ**

**ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΤΕΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**

**Προς:**

**Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής**

**του Παν/μίου Πατρών**

**Ε Ν Τ Α Υ Θ Α**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………..………………………  ONOMA: …………………………………………..…………  ONOMA ΠΑΤΕΡΑ: …………………………………………  Α.Δ.Τ.: …….………………………………………………..….  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ………………………………………  …………………………………………………………………….  ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………………..  …………………………………………………………………..  EMAIL: ……………………………………………………….  Πάτρα, ……………………………………………………… | Παρακαλώ όπως εξετάσετε την αίτησή μου για απαλλαγή από τα τέλη φοίτησης στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Δημόσια Υγεία – Public Health**» στο οποίο έχω γίνει δεκτή/ος για το ακαδημαϊκό έτος 2019-2020.  O / H ΑΙΤ……………..  ……………………………………………………..  (υπογραφή) |