**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) |