**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ** ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ………………

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΑΠΟ ΤΕΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**

**Προς:**

**Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής**

**του Παν/μίου Πατρών**

**Ε Ν Τ Α Υ Θ Α**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………..……………………………………  ONOMA: …………………………………………..……………………….  ONOMA ΠΑΤΕΡΑ: …………………………………………..………….  ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: ………………………………………………..….  Πάτρα, ……………………………………………………………………... | Παρακαλώ όπως εξετάσετε τη δυνατότητα απαλλαγής από τέλη φοίτησης λόγω χαμηλών εισοδηματικών κριτηρίων για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: «Δημόσια Υγεία-Public Health» ακαδημαϊκού έτους 2020-2021.  O / H ΑΙΤ……………..  ……………………………………………………..  (υπογραφή) |