

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
(μεταπτυχιακοί φοιτητές)

Επώνυμο :

Όνομα :

Επώνυμο Πατέρα :

Όνομα Πατέρα :

Επώνυμο Μητέρας:

Όνομα Μητέρας :

Ημερ. Γέννησης :

Οικογ.Κατάσταση:

Αρ.Τέκνων:

Ημερ. Πρώτης Εγγραφής :

A.F.M. :

A.M.K.A.:

IBAN :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Αριθ. Δελτίου Ταυτότητας :

Ημερ. Έκδοσης :

Εκδούσα Αρχή :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Περιοχή:

Οδός :

Αριθμός :

Ταχ. Κωδ :

Τηλεφ. Σταθερό :

Τηλεφ. Fax :

Κινητό :

E-mail :

Αθήνα, / / 20....

* Για το ανωτέρω ποσό, ισχύει το τιμολόγιο του Δημοσίου, και συμπληρώνεται από την Υπηρεσία μας.

Π Ρ Ο Σ
ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΓΕΩΠΟΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΣΧΟΛΗ

Σας υποβάλλω τα κατωτέρω δικαιολογητικά, **ΘΕΩΡΗΜΕΝΑ**
από τον ελεγκτή Ιατρό του Πανεπιστημίου μας,

1.
2.
3.
4.
5.
6.

και παρακαλώ να εγκρίνετε τη χορήγηση του ποσού *
..... € για την κάλυψη δαπάνης υγειονομικής
περίθαλψης:

(**X** σημειώνεται η κατάλληλη περίπτωση)

- ιατρική εξέταση
- νοσηλεία
- οδοντιατρική περίθαλψη
- ορθοπεδικά είδη
- παρακλινικές εξετάσεις
- τοκετός
- φυσιοθεραπείες
- φακοί επαφής ή γυαλιά περίθαλψης
- φαρμακευτική περίθαλψη
- άλλο (περιγραφή):

Ο/Η αιτών/ούσα

.....
(υπογραφή)