

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ <sup>1</sup>**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**  
**(μεταπτυχιακοί φοιτητές)**

**Π Ρ Ο Σ**  
**ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Π.Μ.Σ. ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**  
.....  
**ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

.....  
**ΓΕΩΠΟΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Επώνυμο :.....

Όνομα :.....

Όνομα Πατρός :.....

Όνομα Μητρός :.....

Ημερ. Γέννησης :.....

Τόπος Γέννησης :.....

Ημερ. Πρώτης Εγγραφής :.....

**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.....

Έχοντας υπόψη τις νομικές δεσμεύσεις <sup>2</sup> της Υγειονομικής Περιθαλψης, δηλώνω υπεύθυνα ότι :

σημειώνεται **μία περίπτωση** που σας αφορά)

δεν δικαιούμαι περίθαλψη από άλλο ασφαλιστικό φορέα, και ως εκ τούτου, επιλέγω τον ασφαλιστικό φορέα του Γ.Π.Α.,

επιλέγω μέρος της περίθαλψης: Νοσοκομειακή ή, Ιατροφαρμακευτική,

είμαι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένος/η, σε άλλον ασφαλιστικό φορέα (π.χ. Ι.Κ.Α.), αλλά επιλέγω τον ασφαλιστικό φορέα του Γ.Π.Α.,

και παρακαλώ να μου χορηγήσετε Βιβλιάριο Υγειονομικής Περιθαλψης, το οποίο θα παραδώσω σε περίπτωση που υπερβώ το προβλεπόμενο διάστημα ή αναστολής ή διακοπής της φοίτησης ή όταν αναγορευθώ Διπλωματούχος Μεταπτυχιακός/η.

Συνημμένα, σας υποβάλλω:

- ✓ μία βεβαίωση τηρούμενων στοιχείων, για κάθε νόμιμη χρήση (από την Γραμματεία Π.Μ.Σ. του Τμήματος),
- ✓ μία πρόσφατη φωτογραφία.

Ο/Η αιτών/ούσα

<sup>1</sup> Η παρούσα υπέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης Ν. 1599/1986, άρθ. 8, παρ. 4 (ΦΕΚ 75/Α)

<sup>2</sup> Ν. 4009/2011, άρθρο 53, παρ. 1.α (ΦΕΚ 195/Α)  
Ν. 4009/2011, άρθρο 80, παρ. 5.α (ΦΕΚ 195/Α)  
Π.Δ. 327/1983, άρθρο 3 (ΦΕΚ 117/Α)  
Εγκύκλιος Φ5/67829/Β3/15-06-2012

.....  
( υπογραφή )