

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
(προπτυχιακοί φοιτητές)

Επώνυμο :

Όνομα :

Επώνυμο Πατέρα :

Όνομα Πατέρα :

Επώνυμο Μητέρας:

Όνομα Μητέρας :

Ημερ. Γέννησης :

Οικογ.Κατάσταση:

Αρ.Τέκνων:

Ημερ. Πρώτης Εγγραφής :

Εξάμηνο Σπουδών :

Αρ. Μητρώου :

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)