



**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ-
ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ»

Πανεπιστημιούπολη
54124 – Θεσσαλονίκη
Γραμματεία: Γ. Παπαδήμα
Τηλ. & Fax: 2310 999312
Email: info_cjp@auth.gr



Θεσσαλονίκη,
Αριθμ. εσερχ. πρωτ.

Προς:

Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών
Σπουδών στην Κλινική & Βιομηχανική
Φαρμακολογία - Κλινική Τοξικολογία
του Α.Π.Θ

****ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΑΠΟ ΤΕΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την αίτηση απαλλαγής μου από τα τέλη φοίτησης του Π.Μ.Σ. στην Κλινική & Βιομηχανική Φαρμακολογία - Κλινική Τοξικολογία του Α.Π.Θ. Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 5, παραγρ. 1, 2 και 3 της αριθμ. 131757/Ζ1 απόφασης του ΥΠΕΘ (ΦΕΚ 3387/Β/10.8.2018) του Ν.4485/2017:

1. Υπεύθυνη δήλωση από την οποία προκύπτει ότι δεν έχω κάνει χρήση του δικαιώματος απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης σε Π.Μ.Σ. με τη διάταξη του άρθρου 35 του ν. 4485/2017 και ότι δε λαμβάνω υποτροφία από άλλη πηγή.
2. Ε1 (Εκκαθαριστικό του αιτούντος, ΕΝΦΙΑ-εκκαθαριστικό-)
3. Πιστοποιητικά
 - a. Οικογενειακής κατάστασης του αιτούντος
 - b. Πιστοποιητικό σπουδών για τέκνα,
 - c. Ιατρική Γνωμάτευση Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας,
 - d. Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου του αποβιώσαντος γονέα,
 - e. Διαζευκτήριο

Υπογραφή

* Σημειώνεται ότι το παρόν επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 5, παραγρ. 3 της αριθμ. 131757/Ζ1 απόφασης του ΥΠΕΘ (ΦΕΚ 3387/Β/10.8.2018)

Η αίτηση για απαλλαγή από τα τέλη φοίτησης υποβάλλεται από τον ενδιαφερόμενο στη Γραμματεία ύστερα από την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής των μεταπτυχιακών φοιτητών στο Π.Μ.Σ. **και εντός 15 ημερών από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων εισαγωγής. Η οικονομική κατάσταση υποψηφίου σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί λόγο μη επιλογής σε Π.Μ.Σ.. **Όσοι λαμβάνουν υποτροφία από άλλη πηγή, δεν δικαιούνται απαλλαγής.**