|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, «Εφαρμογές της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Υπογονιμότητα – Ανδρικός και Γυναικείος Παράγοντας», Αγίου Σπυρίδωνος, 28, 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  |  |  |  |
|  |  |  | **Βαθμός Ασφαλείας** | : |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 53 85 349, +30 210 53 85 373 |  | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: | [biofertil@uniwa.gr](mailto:biofertil@uniwa.gr) |  | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |
| **Ιστοσελίδα**: | <https://biofertil.uniwa.gr/> |  | **Βαθμός Προτεραιότητας** | : |  |
| **Πληροφορίες**: | Διευθυντής: Αναστάσιος Γ. Κριεμπάρδης |  |  |  |  |

Προς την Επιτροπή Απαλλαγής από τα Τέλη Φοίτησης του ΔΠΜΣ «Εφαρμογές της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Υπογονιμότητα – Ανδρικός και Γυναικείος Παράγοντας»,

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο:  Όνομα πατρός:  Όνομα μητρός:  Δ/νση κατοικίας:  ΤΚ / Πόλη:  Τηλέφωνο:  E-mail:  ΑΦΜ:  ΔΟΥ:  **Θέμα: «Απαλλαγή από τα τέλη φοίτησης Δ.Π.Μ.Σ.»**  Αιγάλεω, \_\_\_\_/ 02 /2021 | Παρακαλώ όπως εξετάσετε την αίτησή μου για απαλλαγή από τα τέλη φοίτησης του Δ.Π.Μ.Σ. «Εφαρμογές της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Υπογονιμότητα – Ανδρικός και Γυναικείος Παράγοντας»,, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν.4485/2017 και της με αριθ. 131757/Ζ1/02-08-2018 (ΦΕΚ 3387/τ.Β΄/10-08-2018) Υπουργικής Απόφασης.  Υποβάλλω συνημμένα τα δικαιολογητικά που ορίζονται στο άρθρο 5 της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης.  Ο / Η αιτών/ούσα  .................................................  (ονοματεπώνυμο / υπογραφή) |