**ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΡΟΣ :

**ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΚΑΒΑΛΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΗ

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Email ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ (σε περίπτωση που τα στοιχεία είναι διαφορετικά του αιτούντος)**

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ

ΑΕΜ ΑΡ. ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

**Παρακαλώ όπως** προβείτε στην επανεξέταση της αίτησης με Αρ.Πρωτοκόλλου για το Φοιτητικό Στεγαστικό Επίδομα **διότι** ……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………………………………………………
Συνημμένα υποβάλλω

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

ΚΑΒΑΛΑ / /2020

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ