

ΕΝΣΤΑΣΗ - ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΡΟΣ :

ΔΙ.ΠΑ.Ε. - ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΣΕΡΡΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:			
ΑΦΜ			
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					
Email ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					

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

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:			
ΤΜΗΜΑ			
ΑΦΜ			
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ	

Παρακαλώ όπως προβείτε στην επανεξέταση της αίτησης με ΚΩΔΙΚΟ _____ για το Φοιτητικό
Στεγαστικό Επίδομα έτους 2024-2025, διότι

.....

.....

Συνημμένα υποβάλλω:

- 1.
- 2.
- 3.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ/ΣΕΡΡΕΣ ____/ ____ /2025

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Το γνήσιο της υπογραφής θεωρημένο από ΚΕΠ)