**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)