|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | **ΠΡΟΣ την Επταμελή Επιτροπή Πιστοποίησης Παθήσεων του Νοσοκομείου ……………………**…………………… **…………………….** .….…………………………………………………………... **…**…..………………………………………………………… |
| **Επώνυμο:** | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **Πιστοποιητικό** με το οποίο θα βεβαιώνεται ότι λόγω της πάθησής μου επιτρέπεται η εισαγωγή μου στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση με την κατηγορία των ατόμων με σοβαρές παθήσεις, σε αριθμό θέσεων επιπλέον του αριθμού εισακτέων, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν.3794/2009 (ΦΕΚ 156/τ.Α΄), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, για το έτος 2024-2025.  **Συνημμένα υποβάλλω:**    1. Ιατρική Γνωμάτευση  2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου  3. Πιστοποιητικό Ποσοστού Αναπηρίας ΚΕ.Π.Α. (εφόσον απαιτείται) |
| **Όνομα:** |
| **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |
| **Ονοματεπώνυμο μητέρας:** |
| **Αριθμ. Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:** |
| **Εκδούσα αρχή:** |
| **Χρονολογία γέννησης:** |
| **Δ/νση κατοικίας(οδός –αριθμ.):** |
| **Ταχυδρ. Κώδικας:** |
| **Νομός - Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας: σταθερό:** ……………………………………….. **κινητό:**……………………………………………. |  |
| **Ηλεκτρονική δ/νση (e-mail):** |  |
| **ΘΕΜΑ:** Χορήγηση Πιστοποιητικού διαπίστωσης πάθησης για την εισαγωγή στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση με την κατηγορία των ατόμων με σοβαρές παθήσεις, για το έτος 2024-2025. | **… αιτ………….**  **(υπογραφή)** |
|  |  |
| **Τόπος και ημερομηνία αίτησης** |  |