



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
"ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ" Ν.Π.Δ.Δ
ΙΕΡΑ ΟΔΟΣ 343 - 124 61 ΧΑΪΔΑΡΙ

Γραφείο: ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ
Πληροφορίες: Πασχάλη Αικατερίνη
Τηλέφωνο: 213-2046-183,197

INFORMATICS
DEVELOPMENT
AGENCY

Digitally signed by
INFORMATICS
DEVELOPMENT AGENCY
Date: 2016.09.23 12:40:19
EEST
Reason:
Location: Athens

ΑΔΑ: 7PBZ469H27-ΓΥΝ

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Αρ.Πρ: 1617002486
Ημ: 23/09/16



1617002486

Χαϊδάρη, 16 Σεπτεμβρίου 2016
Αριθμ. Πρωτ.: 10285/762975

ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» ενεργώντας ως Διαχειριστής του Κληροδοτήματος της αείμνηστης Ν. ή Ε. Μικρουλάκη, απεφάσισε κατά τη συνεδρία του 2275/26-5-2016 (Θέμα 5^ο) τη χορήγηση διетуός υποτροφίας σε δύο φοιτητές του Ε' (πέμπτου) έτους των Ιατρικών Σχολών των Πανεπιστημίων Αθηνών, Κρήτης, Θράκης και Ιωαννίνων ή σε φοιτητές του Γ' (τρίτου) έτους της Νοσηλευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και καλεί τους ενδιαφερόμενους να υποβάλουν ως και τις 11/11/2016 σχετική αίτηση.

Ειδικότερα:

1. Δικαίωμα υποβολής αίτησης έχουν όσοι θα φοιτήσουν στο Ε' (πέμπτο) έτος των Ιατρικών Σχολών των Πανεπιστημίων Αθηνών, Κρήτης, Θράκης και Ιωαννίνων, ή στο Γ' (τρίτο) έτος της Νοσηλευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 και η οικογένειά τους δεν κατοικεί στην Αττική, Κρήτη, Θράκη ή Νομαρχία Ιωαννίνων αντίστοιχα.
2. Σύμφωνα με Υπουργικές αποφάσεις, που στηρίζονται στο Ν.4154/61, το ποσό της υποτροφίας θα είναι διακόσια εβδομήντα Ευρώ και ογδόντα τρία λεπτά (270,83€) το μήνα.
3. Η υποτροφία θα χορηγείται επί δύο έτη (24 μήνες), και συγκεκριμένα για τα ακαδημαϊκά έτη 2016-2017 και 2017-2018.

Η επιλογή θα γίνει από το Διοικητικό Συμβούλιο του «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΥ» με κριτήρια την οικονομική κατάσταση των υποψηφίων και των οικογενειών τους και την επίδοσή τους (βαθμολογία τους κατά τα προηγούμενα έτη σπουδών).

Την αίτηση θα συνοδεύουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας, από το οποίο να προκύπτει η μόνιμη διαμονή της οικογένειας του αιτούντος.
2. Φωτοαντίγραφο της Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος και φωτοαντίγραφο Πράξης Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου της οικογένειας του αιτούντος για τα δύο τελευταία φορολογικά έτη (2014-2015).
3. Φωτοαντίγραφο της Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος και φωτοαντίγραφο Πράξης Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου του αιτούντος.

ΑΔΑ: 7PBZ469Η27-ΓΥΝ

σε περίπτωση που κάνει ο ίδιος φορολογική δήλωση για τα δυο τελευταία φορολογικά έτη (2014-2015).

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει υποχρέωση υποβολής φορολογικής δήλωσης πρέπει να υποβάλλεται σχετική βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ..

4. Αναλυτική βαθμολογία μαθημάτων για όλα τα προηγούμενα σπουδαστικά έτη.

Για όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά, το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου διατηρεί το δικαίωμα να ελέγξει την αλήθεια των δηλουμένων στοιχείων ή να ζητήσει, εάν κρίνει αναγκαίο, συμπληρωματικά δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα υποβληθούν στα Γραφεία του Νοσοκομείου, στη διεύθυνση Ιερά Οδός 343 – Χαϊδάρι τ.κ.12461.

Για πληροφορίες θα απευθύνεστε στα τηλέφωνα: 213 2046183-197
(κ. Γεώργιο Θεοδοσίου – κ. Αικατερίνη Πασχάλη).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΙΣΙΔΩΡΟΣ ΙΩΑΝ. ΠΡΩΙΟΣ,