



Κοινοφελές Ίδρυμα  
Ιωάννη Σ. Λάιτον

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΥΠΟΤΡΟΦΩΝ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η.....  
του..... με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου .....  
..... δηλώνω υπεύθυνα τα κάτωθι:

**1. Αιτούμαι τη χορήγηση υποτροφίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:**

Τίτλος Προγράμματος:.....

Πανεπιστήμιο/Σχολή:.....

Χώρα/Πόλη:.....

Διάρκεια:.....

Έχω προσφορά θέσης:

Αναμένεται η προσφορά θέσης:

Ημερομηνία Κατοχύρωσης Θέσης\*:.....

\*Συμπληρώνεται από όσους/ες δεν έχουν προσφορά θέσης ή πρόκειται να δώσουν εισαγωγικές εξετάσεις για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών τους.

**2. Το ετήσιο κόστος σπουδών ανέρχεται σε Ευρώ (€):**

Δίδακτρα/έξοδα εγγραφής:.....

Έξοδα παραμονής & διαβίωσης:.....

Σύνολο:.....

**3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δε χρηματοδοτώ τις σπουδές μου από κάποιο φορέα, μέσω προγράμματος υποτροφιών ή ανταποδοτικής υποτροφίας ή εργασίας σε ερευνητικό πρόγραμμα ή πανεπιστημιακό εργαστήριο ή οποιαδήποτε άλλη αμοιβή.**

**4. Δεν έχω κάνει αίτηση σε άλλο φορέα/άλλους φορείς για υποτροφία ή οικονομική βοήθεια στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό.**

**5. Έχω κάνει αίτηση σε άλλο φορέα/άλλους φορείς για υποτροφία ή οικονομική βοήθεια στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό.**

Όνομα Φορέα/Φορέων:

Ύψος και διάρκεια υποτροφίας/οικονομικής βοήθειας:

.....  
.....  
.....

Ημερομηνία/ες Ανακοίνωσης Αποτελεσμάτων:

.....  
.....  
.....

**6. Στοιχεία Επικοινωνίας Καθηγητών**

A) Ονοματεπώνυμο:.....  
Βαθμίδα:.....  
Πανεπιστήμιο:.....  
Τμήμα:.....  
Email:.....  
Τηλέφωνο:.....

B) Ονοματεπώνυμο:.....  
Βαθμίδα:.....  
Πανεπιστήμιο:.....  
Τμήμα:.....  
Email:.....  
Τηλέφωνο:.....

**7. Σε περίπτωση έγκρισης της υποτροφίας, εάν το συνολικό κόστος των σπουδών μου δεν καλύπτεται από το ποσό της υποτροφίας δηλώνω πως το υπόλοιπο ποσό θα καλυφθεί από (π.χ. προσωπικές ή οικογενειακές οικονομίες, οικογενειακή βοήθεια, δάνειο κ.α.):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../.....**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....**