

**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.

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

Δίδακτρα/έξοδα εγγραφής:…………………………………………………………….

Έξοδα παραμονής & διαβίωσης:…………………………………………………….

Σύνολο:……………………………………………………………………………………………

1. **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.**
2. **Δεν έχω κάνει αίτηση σε άλλο φορέα/άλλους φορείς για υποτροφία ή οικονομική βοήθεια στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό.**
3. **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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Στοιχεία Επικοινωνίας Καθηγητών**

Α) Ονοματεπώνυμο:…………………………………………………

Βαθμίδα:……………………………………………………………………

Πανεπιστήμιο:……………………………………………………………

Τμήμα:…………………………………………………………………………

Email:……………………………………………………………………………

Τηλέφωνο:……………………………………………………………………

Β) Ονοματεπώνυμο:…………………………………………………

Βαθμίδα:……………………………………………………………………

Πανεπιστήμιο:……………………………………………………………

Τμήμα:…………………………………………………………………………

Email:……………………………………………………………………………

Τηλέφωνο:……………………………………………………………………

1. **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:……………………………………..**