

Ψ.Ν.Α ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 15525/814075

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ
ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» ενεργώντας ως Διαχειριστής του Κληροδοτήματος της αείμνηστης «Ν. ή Ε. Μικρούλακη», απεφάσισε κατά την υπ. αριθ. 2370/09-05-2019 (θέμα 11^ο) συνεδρία του, τη χορήγηση διετούς 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 30/11/2019 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 2019 - 2020 και η οικογένειά τους δεν κατοικεί στην Αττική, Κρήτη, Θράκη ή Νομαρχία Ιωαννίνων αντίστοιχα.
2. Σύμφωνα με Υπουργικές αποφάσεις, που στηρίζονται στον 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 2019 - 2020 και 2020 - 2021.

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. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (και των δύο όψεων) ή άλλου πιστοποιητικού ταυτοπροσωπίας.
2. Πιστοποιητικό ή Βεβαίωση Δήμου - Κοινότητας, από το οποίο να προκύπτει η μόνιμη διαμονή της οικογένειας του αιτούντος και του ίδιου.
3. Φωτοαντίγραφο της **Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος** και φωτοαντίγραφο της **Πράξης Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου** της οικογένειας του αιτούντος για τα δύο τελευταία φορολογικά έτη (2017 & 2018).
4. Φωτοαντίγραφο της **Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος** και φωτοαντίγραφο της **Πράξης Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου** του αιτούντος, σε περίπτωση που κάνει ο ίδιος φορολογική δήλωση για τα δύο τελευταία φορολογικά έτη (2017 & 2018).
 Σε περίπτωση που δεν υπάρχει υποχρέωση υποβολής φορολογικής δήλωσης, πρέπει να υποβάλλεται σχετική βεβαίωση της αρμόδιας Δ.Ο.Υ. ή σχετική Υπεύθυνη Δήλωση, επικυρωμένη από Κ.Ε.Π.
5. 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 το κρίνει αναγκαίο, συμπληρωματικά δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα υποβληθούν στα Γραφεία του Νοσοκομείου, στη διεύθυνση:
 Ιερά Οδός 343, Τ.Κ.12461 Χαϊδάρι.

Για πληροφορίες θα απευθύνεστε στο τηλέφωνο: 2132046183
 (κα Πασχάλη Αικατερίνη ή κο Λασκαρίδη Παναγιώτη).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΙΣΙΔΩΡΟΣ ΙΩΑΝ. ΠΡΩΙΟΣ