

**Α/Α**

**Μονάδα Ισότιμης Πρόσβασης ατόμων με Αναπηρία και ατόμων με ΕιδικέςΕκπαιδευτικές Ανάγκες**

**Δήλωση ενδιαφέροντος για πρόσβαση σε υπηρεσία μετακίνησης**

Συμπληρώστε τα ατομικά σας στοιχεία:

|  |  |
| --- | --- |
| **Γενικά Στοιχεία** | |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα |  |
| Ημερομηνία Γέννησης |  |
| **Στοιχεία Φοίτησης** | |
| Τμήμα Φοίτησης |  |
| Πρόγραμμα Σπουδών | *Προπτυχιακό – Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό* |
| Αριθμός Μητρώου |  |
| Έτος Φοίτησης |  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** | |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας |  |
| ΙδρυματικόE-mail |  |
| Διεύθυνση Κατοικίας |  |

Διεύθυνση τόπου διαμονής (*δηλώνετε την προσωρινή κατοικία σας σε περίπτωση που είστε μόνιμος κάτοικος άλλου Δήμου/ Περιφερειακής Ενότητας*)

|  |
| --- |
|  |

Προορισμός στο ΔΙΠΑΕ - Όνομα κτηρίου - Σχολής

|  |
| --- |
|  |

*Έλαβα γνώση ότι η υπηρεσία μετακίνησης θα παρέχεται μελλοντικά από τη Μονάδα Ισότιμης Πρόσβασης. Η παρούσα αποτελεί δήλωση ενδιαφέροντος πρόσβασης στην υπηρεσία. Οι όροι και οι προϋποθέσεις λήψης της καθώς και το πρόγραμμα των προσωπικών μου μετακινήσεων θα οριστικοποιηθούν σε επόμενο χρόνο.*

*Επιτρέπω την αυτοδίκαια αναζήτηση στη Γραμματεία του Τμήματός μου, μόνο σχετικών ιατρικών βεβαιώσεων*. *Σε περίπτωση που αυτές δεν είναι στη διάθεση του τμήματος θα τις αποστείλω στη Μονάδα Ισότιμης Πρόσβασης εφόσον μου ζητηθούν.*

*Ενημερώθηκα και συμφωνώ με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος που είναι αναρτημένη στον σύνδεσμο* ***https://www.ihu.gr/privacy-notice-el***

Ημερομηνία: Ο/Η αιτών/ούσα

……/……../………….