|  |  |
| --- | --- |
|  **Αίτηση Έκδοσης Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας** |  |
| Φορέας : **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ** | Κωδικ. |
| Υποκατάστημα: **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ** | Κωδικ. |
| Είναι η πρώτη φορά που ζητώ να εκδοθεί ΕΚΑΑ  | ΝΑΙ ΟΧΙ  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Αρ.Μητρώου Φοιτητή:**  | **ΑΜΚΑ:** |
| **ΣΧΟΛΗ-ΤΜΗΜΑ ΠΑΔΑ :** |
| ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑΣ  |
|   |  |
| Ημερ. Γέννησης : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:** |
| ΑΦΜ : | ΕΙΔΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ |
|  | Τ | Ελληνική Αστυνομική Ταυτότητα |
| ΦΥΛΟ | Δ | Διαβατήριο |
| Α | ΑΡΡΕΝ (Άνδρας) | Σ | Ελληνική Στρατιωτική Ταυτότητα |
| Θ | ΘΗΛΥ (Γυναίκα) | Α | Άλλο Έγγραφο |
|  |
| Χώρα Υπηκοότητας: | Κωδικός |  |
|  |  |  |
|  Ελληνικοί Χαρακτήρες | Λατινικοί Χαρακτήρες |
| Επών. Γέννησης |  |  |
| Επών. Σημερινό |  |  |
| Όνομα |  |  |
| Όνομα Πατρός |  |  |
| Όνομα Μητρός |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Δήμος-Κοινότητα |  |
| Οδός - Αριθμός |  |
| Ταχ.Κωδ. |  | Τηλέφωνο |  | Κινητό Τηλέφωνο |  |
| Χώρα |  | Κωδ. |  |  |   |

|  |
| --- |
| Επιθυμητή ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Η διάρκεια ισχύος της ΕΚΑΑ πρέπει να είναι κατά το μέγιστο ένα (1) έτος από την ημερομηνία έκδοσης της και ταυτόχρονα μέσα στο προβλεπόμενο από τον νόμο χρονικό διάστημα που δικαιούται ο φοιτητής Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή παροχή σε χώρες τις Ε.Ε. και σύμφωνα με το προβλεπόμενο διάστημα συμμετοχής στο πρόγραμμα κινητικότητας. |

|  |  |
| --- | --- |
| Βεβαιώνεται ότι ο αιτών/η αιτούσα φοιτά στην παραπάνω Σχολή/Τμήμα και δικαιούται της παροχής ΕΚΑΑ από το ΠΑΔΑ | Δηλώνω ότι ΔΕΝ είμαι ασφαλισμένος/η σε άλλο φορέαασφάλισης, δεν έχω σε ισχύ άλλη ΕΚΑΑ, και ούτε εκκρεμεί σχετική αίτηση |
| Αρμόδιος υπάλληλος Τμήματος Οικονομικής Υποστήριξης Φοιτητών Σίτισης-Στέγασης ΠΑΔΑ | Ο Αιτών / Η Αιτούσα Αιγάλεω \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Ονοματεπώνυμο- Υπογραφή - Σφραγίδα | Ονοματεπώνυμο- Υπογραφή |

**ΠΡΟΣΟΧΗ :** Η κάρτα ΕΚΑΑ εκδίδεται από το ΠΑΔΑ μόνο σε ανασφάλιστους προπτυχιακούς φοιτητές, μεταπτυχιακούς φοιτητές και υποψήφιους διδάκτορες, και είναι δικαιούχοι φοιτητικών παροχών από το ΠΑΔΑ. Σε περίπτωση που λήξει ή διακοπεί η ιδιότητα του φοιτητή /υποψηφίου διδάκτορα και ο κάτοχος έχει σε ισχύ κάρτα ΕΚΑΑ από το ΠΑΔΑ, υποχρεούται να την επιστρέψει στο Τμήμα Οικονομικής Υποστήριξης Φοιτητών Σίτισης-Στέγασης.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ο,Η …………………………………………………………………………………………………

 δηλώνω υπεύθυνα ότι

**α.** Φοιτώ στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

Τμήμα…………………………………………………………………………………………..…………

 Αρ.Μητρώου ΠΑΔΑ: ……………………………………

**β.** Σε περίπτωση Ορκωμοσίας, συμπλήρωσης χρονικού ορίου φοιτητικών παροχών, υπαγωγής σε άλλο ασφαλιστικό φορέα, και γενικά μεταβολής της κατάστασης που ίσχυε κατά την έκδοση της κάρτας υποχρεούμαι να το αναφέρω στην υπηρεσία που εκδίδει την κάρτα και να την επιστρέψω. Σε περίπτωση που χρησιμοποιηθεί η κάρτα χωρίς δικαίωμα, έλαβα γνώση ότι το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ως φορέας έκδοσης Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθενείας, δικαιούται να ενεργοποιήσει τις προβλεπόμενες από την εθνική νομοθεσία κυρώσεις για επιβολή διοικητικών ποινών.

|  |
| --- |
| Ημερομηνία Αιγάλεω, ………………… |
| Ο/η δηλών/ούσα |
|  |
|  |
|   Υπογραφή |
|  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ολογράφως |
|  |
|   |