



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
**Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών**
-----ΙΔΡΥΘΕΝ 1837-----

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Κατάθεση δικαιολογητικών των αιτούντων μετεγγραφή ακαδ. έτους 2020-21

Παρακαλούνται οι φοιτητές για τους οποίους έχει εγκριθεί η μετεγγραφή τους από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων με την επιφύλαξη του ελέγχου των δικαιολογητικών, όπως τα υποβάλουν στη Γραμματεία του Τμήματός μας, **από Δευτέρα 14-12-2020 έως Παρασκευή 18-12-2020**

B5) Απαιτούμενα δικαιολογητικά για μοριοδότηση οικονομικών και κοινωνικών κριτηρίων

Οι δικαιούχοι μετεγγραφής/μετακίνησης καλούνται από τα Τμήματα για τα οποία έχουν υποβάλει αίτηση μετεγγραφής/μετακίνησης να υποβάλουν τα κατωτέρω δικαιολογητικά, από τα οποία προκύπτει η συνδρομή των οικονομικών και κοινωνικών κριτηρίων για τα οποία έχουν μοριοδοτηθεί:

1. Εκτύπωση της οριστικοποιημένης ηλεκτρονικής αίτησης μετεγγραφής που φέρει αριθμό πρωτοκόλλου.
2. Βεβαίωση εγγραφής στο Τμήμα προέλευσης.
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης το οποίο έχει εκδοθεί εντός του τρέχοντος έτους
4. Ληξιαρχική πράξη θανάτου του αποβιώσαντος γονέα, εάν ο φοιτητής έχει μοριοδοτηθεί ως ορφανός από τον ένα ή και από τους δύο γονείς.
5. Πιστοποιητικό αναπηρίας του αρμοδίου Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) στην περίπτωση που ο αιτών μοριοδοτείται λόγω αναπηρίας 67% και άνω των γονέων ή τέκνων ή αδελφών ή συζύγου του. Επισημαίνεται ότι στις περιπτώσεις όπου έχει χορηγηθεί πριν την 1.9.2011 επ' αόριστον ποσοστό αναπηρίας, από τις Πρωτοβάθμιες

Υγειονομικές Επιτροπές των Νομαρχιών της Περιφέρειας ή των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, ή από Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές Στρατού, Ναυτικού, Αεροπορίας και Ελληνικής Αστυνομίας, δεν απαιτείται εκ νέου εξέταση από τις υγειονομικές επιτροπές του ΚΕ.Π.Α.

6. Ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσοκομείο, η οποία φέρει σφραγίδα συντονιστή Διευθυντή Κλινικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή από τον νόμιμα εκτελούντα χρέη συντονιστή Διευθυντή Κλινικής του Ε.Σ.Υ. ή από τον Διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής, στην περίπτωση που ο αιτών δηλώνει ότι έχει γονείς, τέκνα, αδέρφια ή σύζυγο οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις, που αναφέρονται στο παράρτημα της υπ' αριθμ. Φ. 151/17897/Β6/2014 (ΦΕΚ 358 Β') Κ.Υ.Α, όπως εκάστοτε τροποποιείται και ισχύει. Στην εν λόγω γνωμάτευση δέον όπως αναφέρεται επακριβώς η πάθηση όπως ορίζεται στην ανωτέρω Κ.Υ.Α..

7. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο αποδεικνύεται η ιδιότητα του τέκνου άγαμου γονέα.

8. Διαζευκτήριο σε περίπτωση που ο ίδιος ο φοιτητής είναι διαζευγμένος.

9. Αντίγραφο δικαστικής απόφασης για ανάθεση της επιμέλειας του τέκνου εφόσον οι γονείς είναι διαζευγμένοι.

10. Πιστοποιητικό της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Πολυτέκνων Ελλάδος, το οποίο συνοδεύει το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης για την απόδειξη της πολυτεκνικής ιδιότητας (παρ. 9 του άρθρου 67 του ν. 4316/2014).

Η υποβολή των δικαιολογητικών θα πρέπει να γίνει α) στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Γραμματείας (secr@dent.uoa.gr), σε μορφή αρχείου PDF και β) ταχυδρομικά **μόνο** μέσω υπηρεσίας παράδοσης (ταχυμεταφορά).

Από τη Γραμματεία Οδοντιατρικής
Αθήνα 11-12-2020

Επισυνάπτεται η Εγκύκλιος του Υπουργείου με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά ανά κατηγορία.