**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η …………………...………...………...………………………….. του ………………….………………………. και της ………………..………………………………. γεννηθείς/σα την ………….………..… στ …………..…………………………….……… κάτοικος ……………………...……, οδός ………….………………………………..….. και αριθμός ..………., με ΑΔΤ/Διαβατηρίου ………………………………….……………………. που εκδόθηκε την ……………..……………… από το ………………………..………………..……………………………………………………………………………………….

# **Ε ξ ο υ σ ι ο δ ο τ ώ**

τον/την ……………………………………………………………… του ………………………………. και της …………………………..………………………………. γεννηθείς/σα την ………….………….…………… στ ……….………………………….……………………… κάτοικος …………………………………...……, οδός ………….……………………..…………………. και αριθμός ..………., με ΑΔΤ/Διαβατηρίου ……………………………………………………… που εκδόθηκε την ……..……………… από το ………………………..………………………………………………………… για την κατάθεση στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας της αίτησης και των απαιτούμενων δικαιολογητικών για τη χορήγηση στεγαστικού φοιτητικού επιδόματος ακαδημαϊκού έτους 2015-2016.

…………………………, ….… - ……. - 20……

Ο/η εξουσιοδοτών/ούσα

(Παρακαλώ να βεβαιώνεται η υπογραφή από Κ.Ε.Π.)