**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ MIỄN, GIẢM HỌC PHÍ**

Kính gửi: Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Họ và tên: .......................................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ...................................................................................................................

Nơi sinh: ........................................................................................................................................

Lớp: ....................... Khóa:..................................... Khoa: .............................................................

Mã số sinh viên:………………………………….........................................................................

Thuộc đối tượng: (*Ghi rõ đối tượng được quy định tại Nghị định số 81/2021/NĐ\_CP)*

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

Đã được hưởng chế độ miễn, giảm học phí (ghi rõ tên cơ sở đã được hưởng chế độ miễn giảm học phí, cấp học và trình độ đào tạo): Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, bậc đại học

Căn cứ vào Nghị định số 81/2021/NĐ-CP của Chính phủ, tôi làm đơn này đề nghị được Nhà trường xem xét để được miễn, giảm học phí theo quy định hiện hành.

*……… ,ngày …… tháng …… năm ……*

**Người làm đơn**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*