|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** |  |
|  | Ηράκλειο Κρήτης, E-mail: secretariat-nurs@hmu.gr Τηλέφωνα: +30 2810 379-538  Website: <https://nurs.hmu.gr/> |  |

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Προς**  **Τη Γραμματεία**  **του Τμήματος Νοσηλευτικής** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο: |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση |
| Όνομα: |  | (Επιλέξτε): |
| Όνομα Πατρός: |  | * Εκπόνησης ΔΔ |
| ΑΔΤ: |  | * Ολοκλήρωσης ΔΔ |
| Δ/νση κατοικίας: |  | * Άλλο |
| Τηλ.: |  | Για: |
| e-mail: |  | * κάθε νόμιμη χρήση |
|  |  | * την εφορία |
|  |  | * στρατολογική χρήση |

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |