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