|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ** **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** |  |
|  | Ηράκλειο Κρήτης, E-mail: secretariat-nurs@hmu.gr Τηλέφωνα: +030 2810 379-538Website: https://www.hmu.gr/nur  |  |

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**(Συμπληρώνεται μετά την έγκριση εκπόνησης διδακτορικής διατριβής)**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: | Όνομα: |
| Πατρώνυμο: | Μητρώνυμο: |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Αριθμός: | Ημερομηνία Έκδοσης: | Εκδούσα Αρχή: |
| Ημερομηνία Γέννησης: | Τόπος Γέννησης: |
| Δημότης: | Του Νομού: |
| Υπηκοότητα: |  |
| Α.Φ.Μ.: | Δ.Ο.Υ.: |  |

**(**Βάλτε Χ για τη διεύθυνσηαλληλογραφίας)

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ **Διεύθυνση:** | ❑ **Διεύθυνση Μόνιμης Κατοικίας (πόλη ή χωριό):** |
| Οδός, Αριθμός: | Οδός, Αριθμός: |
| Πόλη: | Τ.Κ.  | Πόλη: | Τ.Κ.  |
| Σταθερό Τηλέφωνο:  | Σταθερό Τηλέφωνο:  |
| Κινητό Τηλέφωνο:  |  |

**E-mail:**

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους όρους του Κανονισμού του Προγράμματος.**

\*ο οποίος βρίσκεται αναρτημένος στην ιστοσελίδα του Τμήματος

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ**

Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_