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