|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**ΕΠΩΝΥΜΟ ...........................................................ΟΝΟΜΑ ...............................................................ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .................................................ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ..............................................................................................................................................................ΤΑΧ. ΚΩΔ.: .............................................................ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .........................................................ΚΙΝΗΤΟ: ................................................................EMAIL: ……………………………………………………………..ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ /ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥΑΡΙΘΜΟΣ: ...................................................ΗΜ/ΝΑΙ ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………………………ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ ………………………………………..Ημερομηνία: …../ …../ ………….. | **ΠΡΟΣ****τη Γραμματεία του Τμήματος** **Νοσηλευτικής****της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ**Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στις **κατατακτήριες εξετάσεις** του Τμήματος:Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών ΥγείαςΕίμαι πτυχιούχος: ………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..Συνημμένα υποβάλω:1. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών. Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού συνυποβάλλεται και βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από το Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.)

Ο/Η ΑΙΤ..................................................(υπογραφή) |