|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**  ΕΠΩΝΥΜΟ ...........................................................  ΟΝΟΜΑ ...............................................................  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .................................................  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:  ...............................................................................  ...............................................................................  ΤΑΧ. ΚΩΔ.: .............................................................  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .........................................................  ΚΙΝΗΤΟ: ................................................................  EMAIL: ……………………………………………………………..  ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ /ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ  ΑΡΙΘΜΟΣ: ...................................................  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 Υγείας  Είμαι 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) |