**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Διεύθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ. 50200 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ**

**Τηλ.: 24610-68050, 68053**

**Email:** [**mw@uowm.gr**](mailto:mw@uowm.gr)**, ιστοσελίδα: https://mw.uowm.gr/**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………..…….…………**  **ΟΝΟΜΑ: …………………………….…………**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….………………**  **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….………..**  **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: …………………………**  **ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………..**  **ΑΡ.ΑΣΤ.ΤΑΥΤΟΤ.: …………………………..**  **ΑΜΚΑ: …………………………………………**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………….. ………………………………………………….**  **……………………………….………………….**  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..………………….**  **ΚΙΝΗΤΟ: ………………………………………**  **E-mail: ………………..………………………..** |  | **ΑΡ.ΠΡΩΤΟΚ.:……………………….…..**  **ΗΜΕΡ.ΠΑΡΑΛ:…………..………………**    **ΠΡΟΣ:**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**  Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτησή μου  για συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσεις για  το ακαδημαϊκό έτος 20…- 20… του Τμήματος  Μαιευτικής.  Είμαι πτυχιούχος ……………………………..  …………………………………………………  …………………………………………………  Συνοδευτικά σας υποβάλλω:   1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου 2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας 3. ………………………………………… 4. ………………………………………..   **Πτολεμαΐδα, ….../….../20…**  **Ο/Η Αιτ…………**  **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)** |