

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 24610-68050, 68053**

**Email:** **mw@uowm.gr****, URL: https://mw.uowm.gr/**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………..…….……………………..****ΟΝΟΜΑ: …………………………….………………………****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….…………………………****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….………………….****ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………………..****ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: …………………………………..****ΑΡ.ΑΣΤ.ΤΑΥΤΟΤ./ΔΙΑΒΑΤ.: ………………………….****ΑΜΚΑ: ……………………………………………………….****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …….………..……………………..****……………………………………………………………………****……………………………….…………………………………..****ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..……………………………..****ΚΙΝΗΤΟ: …………………………………………..…………****E-mail: ………………..………………………………………** |  | **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. ………………………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………………………

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που προσκομίζω είναι ακριβή και αληθή.**Πτολεμαΐδα, ….../….../20…****Ο/Η Αιτ…………**(ΥΠΟΓΡΑΦΗ) |