

**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)**, 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 Απολυτηρίου Λυκείου 2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας 3. ……………………………………………………………………………… 4. ……………………………………………………………………………… 5. ……………………………………………………………………………… 6. ………………………………………………………………………………   Δηλώνω ότι τα στοιχεία που προσκομίζω είναι ακριβή και αληθή.  **Πτολεμαΐδα, ….../….../20…**  **Ο/Η Αιτ…………**  (ΥΠΟΓΡΑΦΗ) |