

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** **mw@uowm.gr****, Iστοσελίδα: https://mw.uowm.gr/**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………..….…...………****ΟΝΟΜΑ: …………………………….………………….………****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….………………………………..****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….………………………….****ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………………………….…****ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………................****ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ…………………………………………………….****ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:………………………………………..****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………………….………………………………………..****………………………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….****ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..……………………………………..****ΚΙΝΗΤΟ: …………………………………………………………….****E-mail: ………………..……………………………..................****ΘΕΜΑ:…………………………………………………………………****……………………………………………………………………………**  |  |  **ΠΡΟΣ:****Τον Σύμβουλο Σπουδών του Τμήματος Μαιευτικής**Παρακαλώ για τη διαμεσολάβησή σας στο παρακάτω θέμα μου:………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Συνοδευτικά σας υποβάλλω:1. ……………………………………………………………………………….…....
2. ……………………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………………….

 **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….****Ο/Η Αιτ…………** **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Παρακαλώ όπως τα ανωτέρω προσωπικά δεδομένα διατηρηθούν με τον χαρακτήρα εμπιστευτικής/απόρρητης πληροφορίας στον Σύμβουλο Σπουδών.*  |