

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** [**mw@uowm.gr**](mailto:mw@uowm.gr)**, Iστοσελίδα: https://mw.uowm.gr/**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………..…….……………...**  **ΟΝΟΜΑ: …………………………….………………………………..**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….……………………………………**  **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….…………………………….**  **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………………………….**  **ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………..................**  **ΑΡ. ΑΣΤ.ΤΑΥΤΟΤ./ΔΙΑΒΑΤ.:…………………………………….**  **ΑΜΚΑ: ………………………………………………………………….**  **ΑΦΜ: …………………………………………………………………….**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………………….…………………………………………….…**  **………………………………………………………………………………….……………………………….…………………………………………………**  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..……………………………………………..**  **ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………………………………..**  **E-mail: ………………..……………………………..........................**  **ΘΕΜΑ: ………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………** |  | **ΠΡΟΣ:**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**  Σας παρακαλώ ………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………  Συνοδευτικά σας υποβάλλω:   1. ……………………………………………………………………………….….... 2. …………………………………………………………………………………….. 3. …………………………………………………………………………………….   **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….**  **Ο/Η Αιτ…………**  **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)** |