

**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: ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΕΣ ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**  |  |  **ΠΡΟΣ:****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**Δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετέχω στις ανταποδοτικές υποτροφίες του Τμήματός μου για το …………………….. εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 202…-202… .Συνοδευτικά σας υποβάλλω:1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία αναγράφεται ότι δεν είναι υπότροφος άλλου φορέα, κλπ.2. Εκκαθαριστικό της Εφορίας τρέχοντος οικονομικού έτους όλων των μελών της οικογένειάς μου. **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….****Ο/Η Αιτ…………** **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**  |