**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 2461068050, -53**

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

****

|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………….ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………..ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: …………………………………………………….ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ: …………………………………………………..ΑΡ.ΑΣΤ.ΤΑΥΤ./ ΔΙΑΒΑΤ.: ………………..………………….Δ/ΝΣΗ: ……………………………………………………………..ΠΕΡΙΟΧΗ: ………………………………………………………….Τ.Κ.: …………………………………………………………….……ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………………………………………………….ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………………………e-mail: …………………………………………......................Α.Μ.: …………………………………………………………….….Ακαδημαϊκό Έτος Εισαγωγής: ………….………...…… | ΠΡΟΣ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**Παρακαλώ να εγκρίνετε το αίτημά μου για ένταξη στο πρόγραμμα μερικής φοίτησης. Ανήκω στην Κατηγορία:**[ ]  φοιτητές που αποδεδειγμένα εργάζονται τουλάχιστον είκοσι (20) ώρες την εβδομάδα☐ φοιτητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ☐ οι φοιτητές που είναι παράλληλα αθλητές και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ανήκουν σε αθλητικά σωματεία εγγεγραμμένα στο ηλεκτρονικό μητρώο αθλητικών σωματείων, που τηρείται στη Γενική Γραμματεία Αθλητισμού, υπό την προϋπόθεση ότι για όσα έτη καταλαμβάνουν διάκριση 1ης έως και 8ης θέσης σε πανελλήνια πρωταθλήματα ατομικών αθλημάτων με συμμετοχή τουλάχιστον δώδεκα (12) αθλητών και οκτώ (8) σωματείων ή αγωνίζονται σε ομάδες των δύο (2) ανώτερων κατηγοριών σε ομαδικά αθλήματα ή συμμετέχουν ως μέλη εθνικών ομάδων σε πανευρωπαϊκά πρωταθλήματα, παγκόσμια πρωταθλήματα ή άλλες διεθνείς διοργανώσεις υπό την Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή**Συνημμένα καταθέτω:**[ ]  Βεβαίωση από τον εργοδότη μου ότι εργάζομαιτουλάχιστον 20 ώρες/εβδομάδα[ ]  Ένσημα(\*Μόνο εφόσον πρόκειται για ιδιωτική επιχείρηση)[ ]  Ιατρική γνωμάτευση των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) ή απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής του Ι.Κ.Α., [ ]  Βεβαίωση από τα αθλητικά σωματεία.ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ [ ] (Όνοματεπώνυμο εξουσιοδοτούμενου/ης, Α.Δ.Τ.)…………………………………………………………………………………Πτολεμαΐδα, ….… / ……. / 20….Ο/Η Αιτ……..(υπογραφή) |