**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/)

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………..….…...………****ΟΝΟΜΑ: …………………………….………………….………****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….……………………………….****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….……………………….****ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………………………….****ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………...............****ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ……………………………………………………****ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:……………………………………….****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………………….………………………………………..****………………………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….****ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..……………………………………..****ΚΙΝΗΤΟ: …………………………………………………………….****Ιδρυματικό Εmail:..……………………………..................****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……..****(υπογραφή)**  |

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