**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 2461068050, -53**

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

**Εικόνα που περιέχει πολυχρωμία, γραφικά, γραφιστική, τέχνη

Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματα**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.* |