**Προς**

Τμήμα Ιατρικής

Σχολή Επιστημών Υγείας

### Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση εγγραφής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας»

*(Συμπληρώστε με πεζοκεφαλαία π.χ. Ζωή)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  | | |
| **Πατρώνυμο:** |  | **Μητρώνυμο:** |  |
| **Ημερ. Γέννησης:** |  | **Αρ. Ταυτότητας:** |  |
| **Αρχή Έκδοσης Ταυτότητας:** |  | **Ημ. Έκδ. Ταυτότητας:** |  |
| **Α.Μ.Κ.Α.:** |  | **Α.Φ.Μ.:** |  |
| **Τόπος γέννησης:** |  | | |
| **Διεύθυνση κατοικίας**  *(οδός, αριθμός, ΤΚ ,πόλη)* |  | | |
| **Κινητό τηλ:** |  | **Σταθερό τηλ:** |  |
| **email:** |  | | |
| **Επαγγελματική κατάσταση:** |  | | |
| **Λύκειο Αποφοίτησης:** |  | | |
| **Τμήμα Προπτυχιακών Σπουδών:** |  | | |
| **Σχολή & Ίδρυμα Προπτυχιακών Σπουδών:** |  | | |
| **Ειδίκευση στο Π.Μ.Σ.:** |  | | |
| **Επιθυμώ απόδειξη ή**  **τιμολόγιο για τα τέλη φοίτησης που θα καταβάλλω:** |  | | |
| **Επιθυμώ να καταθέσω αίτηση απαλλαγής διδάκτρων (Ναι/Όχι):** | | |  |

Θεσσαλονίκη,\_\_\_\_/\_\_\_/202\_\_

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)