**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)