



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»

ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΠΘ

ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-20

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης:/...../.....

Τόπος γέννησης:

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας:

ΑΦΜ:

Δ.Ο.Υ.:

Πτυχούχος (ΙΔΡΥΜΑ/ΤΜΗΜΑ)

.....

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Κινητό:

E-mail:

Πρόσφατη

φωτογραφία

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτησή μου για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται.

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Ιατρικού Τμήματος του Δ.Π.Θ. ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων.

1. Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Λειτουργίας και συμφωνώ με τους όρους και προϋποθέσεις επιλογής.
2. Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου σύμφωνα με τις ημερομηνίες που αναφέρονται στην προκήρυξη.