****

 **Προς: την Γραμματεία**

 **του Τμήματος Ιατρικής**

 **της Σχολής Επιστημών Υγείας**

 **του Δ.Π.Θ.**

**Αίτηση Εγγραφής Υποψήφιου Διδάκτορα**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  |  |  |
| **Όνομα:** |  |  |  |
| **Πατρώνυμο:** |  |  |  |
| **Πτυχίο:** |  |  **Πανεπιστήμιο:** |  |
| **ΔΜΣ:** |  |  **Πανεπιστήμιο:** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας:** | **Οδός:** |  **Αρίθμ.:** |  **Τ.Κ.:** |
|  | **Πόλη:** |  **Νομός:** |  |
| **Τηλέφωνα** | **Οικίας:** |  **Κινητό:** |  |
| **Τόπος γέννησης** |  |  |  |
| **Ημερομηνία γέννησης** |  |  |  |
| **e-mail:** |  |  |  |

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την εγγραφή μου ως υποψήφιου διδάκτορα στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης,

 **Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(Υπογραφή)**