****

**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)**