|  |  |
| --- | --- |
| **ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ** **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡ**ΙΚΗΣ Ταχυδρομική Δ/νση6Ο χλμ. Αλεξ/πολης-Μάκρης 68100 Αλεξ/πολη Τηλ. 2551030946-30931Ηλεκτρονικό πρωτ:protocol@med.duth.gr**Επώνυμο:** ……………………………..….…………..……….. **Όνομα:** ………………………..……………..……............... **Πατρώνυμο:** …………..…………………..….……...……... **Διεύθυνση κατοικίας:** …………….……………..……………………………………………**Αριθμός:** ..……………………………………………………….. **Ταχ.Κώδικας:**………………………………….. ………..…….. **Πόλη:**………………………………………………………………..**Τηλέφωνο:** ……………………………………………...………**Κινητό:**……………………………………………………………….**Ε-mail:** ……………………………………………................... | **ΑΙΤΗΣΗ****ΠΡΟΣ:** Την Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις έτους 2023- 2024.Υποβάλλω συνημμένα:1. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικού περάτωσης σπουδών 2. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.Ο/Η Αιτών/ουσα |
|  |  |