|  |  |
| --- | --- |
| **ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡ**ΙΚΗΣ  Ταχυδρομική Δ/νση  6Ο χλμ. Αλεξ/πολης-Μάκρης 68100 Αλεξ/πολη  Τηλ. 2551030946-30931  Ηλεκτρονικό πρωτ:[protocol@med.duth.gr](mailto: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 |
|  |  |