**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ** **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ** **2024-25**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: ……………………………………………………Όνομα: .………………...……………………………………Πατρώνυμο: …………………………….……….………….Ημερομηνία γέννησης: ….…./…….…./…………………Τόπος γέννησης: ..…………………………………………Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: …………………..………………ΑΦΜ: ………..……………………………………………….Δ.Ο.Υ.: …………….…………………………………………Πτυχιούχος (ΙΔΡΥΜΑ/ΤΜΗΜΑ)………….…………….…………….…….….………………..Διεύθυνση: …………………………..……..……………..Τηλέφωνο: …………………………….…….………………Κινητό: …………………………………………….………….E- mail: ……………...……………………………………….. | ΠρόσφατηφωτογραφίαΠαρακαλώ να κάνετε δεκτήτην αίτησή μου για συμμετοχή στοΠρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται.Υπογραφή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ημερομηνία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ. ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση:** **anatomy.duth@gmail.com**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 θα ανακοινωθούν ηλεκτρονικά. |