

Θέση  
Φωτογραφίας

**ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**

Εγγραφής στο

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

.....(Επώνυμο)

.....(Όνομα)

του.....(Πατρώνυμο)

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή  
μου στο Τμήμα Ιατρικής του Δ.Π.Θ. με την ειδική κατηγορία:

- Αλλοδαπών - Αλλογενών
- Τέκνα Ελλήνων Εξωτερικού και υπαλλήλων που υπηρετούν στο εξωτερικό
- Από περιοχές που επλήγησαν από φυσικές καταστροφές
- Διακριθέντες αθλητές/τριες
- Κατατακτικές εξετάσεις

για το ακαδημαϊκό έτος .....

**Αλεξανδρούπολη .....**

**(Υπογραφή)**

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατέρα.....

Όνομα και Επώνυμο Μητέρας.....

Τόπος Γέννησης.....

Ημερομηνία Γέννησης.....

Τόπος Δημοτολόγιου .....Αριθ.Δημ/γίου.....

Τόπος Μητρώου Αρρένων .....Αριθ.Μητ.Αρ.....

Υπηκοότητα.....

### **Μόνιμη Διεύθυνση κατοικίας:**

Οδός.....Αριθ.....Πόλη.....

Τ.Κ.....Τηλ.....

### **Προσωρινή Διεύθυνση κατοικίας:**

Οδός.....Αριθ.....Πόλη.....

Τ.Κ.....Τηλ.....

**Κινητό Τηλέφωνο:** ..... **Σταθερό Τηλέφωνο:**.....

**e-mail φοιτητή:** .....

### **Στοιχεία αστυνομικής ταυτότητας**

Αριθμός.....Ημερομηνία Έκδοσης.....

Αρχή από την οποία εκδόθηκε .....

Αλεξανδρούπολη .....

(Υπογραφή)