

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
"Ιατρική του Ύπνου"Διευθυντής: Καθηγητής Πνευματικός Ιωάννης
Email: ipneumat@med.duth.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας -ΤΚ:

_____Πτυχιούχος (ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΤΜΗΜΑ)
_____Τηλέφωνα

Οικίας: _____

Εργασίας: _____

Κινητό: _____

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____

Τόπος γέννησης: _____

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: _____

ΑΦΜ: _____

Δ.Ο.Υ.: _____

Οικογενειακή κατάσταση: _____

πρόσφατη
φωτογραφία

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

Ιατρική του Ύπνου

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία επικυρωμένα ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων.

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 διαδικασίες που θα ανακοινωθούν.