



## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

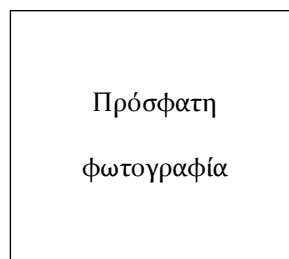
### ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ «ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ» ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΠΘ ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2017-18

Επώνυμο: .....  
Όνομα: .....  
Πατρώνυμο: .....

Ημερομηνία γέννησης: ...../...../.....  
Τόπος γέννησης: .....  
Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: .....  
ΑΦΜ: .....  
Δ.Ο.Υ.: .....

Πτυχιούχος (ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΤΜΗΜΑ)  
.....

Διεύθυνση: .....  
Τηλέφωνο: .....  
Κινητό: .....  
E- mail: .....



Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτησή μου για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: .....

**Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Ιατρικού Τμήματος του Δ.Π.Θ. 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 ημερομηνίες που θα ανακοινωθούν.