**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ**

**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2022-23**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 Π.Μ.Σ. ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση:** **info@anatomy-duth.gr**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. |