**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: …………………………………………………………….. | Πρόσφατη  φωτογραφία  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 Π.Μ.Σ. ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση:** [**info@anatomy-duth.gr**](mailto: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. | |