**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ**

**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΠΘ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-20**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 αναφέρονται στην προκήρυξη. |