**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: ……………………………………………….…………….. | 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 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. | |