

|  |
| --- |
| **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ : |
|  ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:  (Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)  |

 **ΠΡΟΣ**

 **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

***ΑΙΤΗΣΗ***

|  |
| --- |
| . **Αίτηση Χορήγησης Βεβαίωσης Ολοκλήρωσης Σπουδών και Αναλυτικής Βαθμολογίας Πτυχιούχου** **ΤΕΙ**. Έχω **Ακαδημαϊκή Ταυτότητα** **(επιλέξτε** ):  **α)** **ΝΑΙ** και την καταθέτω ή αποστέλλω ταχυδρομικά στη Γραμματεία του Τμήματος (Δ/ΝΣΗ: Γραμματεία Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών, Νικολάου Γύζη 4, ΤΚ 26334, Κουκούλι, Πάτρα, τηλ.2610962831-32-33)  **β)** **ΟΧΙ**  γιατί έχει χαθεί/κλαπεί. Συμμετείχα σε πρόγραμμα **Erasmus ΝΑΙ** **ΟΧΙ**. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν έχω καμία εκκρεμότητα με τη **Σίτιση , Στέγαση και τη Βιβλιοθήκη** του Πανεπιστημίου Πατρών . Επίσης δεν έχω εκκρεμότητες (πάσης φύσεως) στο Πρόγραμμα E**rasmus**.**Επιθυμώ τη συμμετοχή μου στην επόμενη ορκωμοσία που θα πραγματοποιηθεί, έχοντας ολοκληρώσει τις υποχρεώσεις μου στο Τμήμα** |
| **ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΡΚΩΜΟΣΙΑ** **ΝΑΙ ΟΧΙ**  |

 ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ

 **(Τα στοιχεία να αναγράφονται**

 **με μικρούς χαρακτήρες/τονισμένα)**

 ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………………………………………………

 ΟΝΟΜΑ………………………………………………………………………

 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ………………………………………………………..

 ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ……………………………………………………….

 ΕΞΑΜΗΝΟ………………………………………………….

 ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ……………………………….

 Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ…………………………………………………….

 ΠΟΛΗ-Τ.Κ.……………………………………………………………

 ΤΗΛΕΦΩΝΟ………………………………………………

 E-MAIL……………………………………………………….

 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ…………………………………………………………………..

 **Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. ΄ 1599/1986, δηλώνω ότι:**

***Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 παρ. 5 του Ν. 4610/2019 (ΦΕΚ 70 Α΄) θα κάνω χρήση του δικαιώματός μου να ορκιστώ και να λάβω πτυχίο ΤΕΙ και να μην παρακολουθήσω επιπλέον μαθήματα από το Πρόγραμμα Σπουδών του αντίστοιχου Τμήματος Πανεπιστημίου****.*

 Ο/Η ΑΙΤ………………….

 ΥΠΟΓΡΑΦΗ

**Η ανωτέρω Αίτηση επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν. 1599/1986**