

|  |
| --- |
| **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** |
|  |

**ΠΡΟΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

***ΑΙΤΗΣΗ***

|  |
| --- |
| **Αίτηση Χορήγησης Πτυχίου ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ**  . 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  ή δεν έχει εκδοθεί  . 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 **Erasmus**  .**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 1.…………………….@ac.upatras.gr (Ακαδημαϊκό)

2…………………………………….. (Προσωπικό)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:………………………………………………

Ο/Η ΑΙΤ………………….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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