

|  |
| --- |
| **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**