

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

**ΠΡΟΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

***ΑΙΤΗΣΗ***

|  |
| --- |
| **Αίτηση Χορήγησης Πτυχίου** **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  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 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 1.……………………………@ac.upatras.gr(Ακαδημαϊκό)

2………………………………………………(Προσωπικό)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ…………………………………………………………………..

Ο/Η ΑΙΤ………………….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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