|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αγίου Σπυρίδωνος, ΤΚ 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  |  |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 5385 615 | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: | [mscpubnurs@uniwa.gr](mailto:akavga@uniwa.gr) | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο** | **:** |  | | | | | | |
| **Όνομα** | **:** |  | | | | **Α.Μ.** | **:** |  |
| **Όνομα Πατρός** | **:** |  | | | | | | |
| **Όνομα Μητρός** | **:** |  | | | | | | |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  | | | |
| **Εξάμηνο Σπουδών** | **:** |  | | | | | | |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Αίτηση Αρχικής Εγγραφής** | | | | | | |

**ΑΙΤΗΣΗ 1ης ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| *(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)* |

Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την εγγραφή μου στο Α΄ Εξάμηνο Σπουδών στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινοτική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» και προβείτε στη δήλωση των μαθημάτων του Εξαμήνου. Καταθέτω συνημμένα τα παρακάτω δικαιολογητικά:

(σημειώνεται **Χ**).

1. 🞏 Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας
2. 🞏 μία (1) φωτογραφία τύπου ταυτότητας
3. 🞏 πιστοποιητικό γεννήσεως μόνο οι άρρενες φοιτητές και εφόσον δεν έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.
4. 🞏 Αποδεικτικό καταβολής διδάκτρων

Συνημμένα τα προσωπικά μου στοιχεία για την εγγραφή μου στο φοιτητολόγιο.

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο : |  |
| Όνομα : |  |
| Φύλο : | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Άρρεν |  | Θήλυ | Επιλέξτε με ένα ✓ την επιλογή σας | |
| Όνομα Πατρός : |  |
| Όνομα Μητρός : |  |
| Οικογενειακή Κατάσταση : | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Έγγαμος |  | Άγαμος | Επιλέξτε με ένα ✓ την επιλογή σας | |
| Α.Δ.Τ. : |  |
| Αρχή Έκδοσης : |  |
| Ημερομηνία Έκδοσης : |  |
| Α.Φ.Μ. : |  |
| Δ.Ο.Υ. : |  |
| ΑΜΚΑ : |  |
| Ημερομηνία Γέννησης : |  |
| Τόπος Γέννησης : |  |
| Email : |  |
| Σταθερό Τηλέφωνο : |  |
| Κινητό : |  |
| Διεύθυνση Κατοικίας/ Τ.Κ.: |  |
| Πόλη : |  |
| Νομός : |  |