|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | **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 : |  |