**ΠΜΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ** **ΑΡ.ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΑ.ΔΑ****……………………………………ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ………………….** |

**Πανεπιστημιούπολη Άλσους Αιγάλεω**

**τηλέφωνο επικοινωνίας:2015385615**

**Εmail:** mscpubnurs@uniwa.gr

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ Ε Ν Ι Κ Η ΑΙΤΗΣΗ** | ***ΠΡΟΣ:*** **Τη Γραμματεία του Π.Μ.Σ**  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** **ΕΠΩΝΥΜΟ :****ΟΝΟΜΑ :****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:****Α.Μ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ :****ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ :****ΤΗΛΕΦΩΝΟ:****E-MAIL:****Αιγάλεω / /** | Παρακαλώ όπως **(περιγραφή αιτήματος)**…………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Ο/Η ΑΙΤ…… |

 Η αίτηση αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Γραμματείας του ΠΜΣ: mscpubnurs@uniwa.gr

Αιτήματα χορήγησης πάσης φύσεως πιστοποιητικών (ενεργών φοιτητών) υποβάλλονται μέσω φοιτητολογίου