**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](mailto:akavga@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](mailto:mscpubnurs@uniwa.gr)

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