|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **IHU_logo_blue_gr_updated.jpg** |  |

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ**  Επώνυμο : …………………………………………………………  Όνομα: ……………………………………………………………..  Πατρώνυμο: ……………………………………………………..  Μητρώνυμο: …………………………………………………….  Σχολή: Επιστημών Υγείας  Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  Αριθμός Μητρώου: …………………………………………..  Έτος Εισαγωγής: ……………………………………………….  Δ/νση κατοικίας: ………………………………………………  Πόλη: ……………………………………………………………….  Τ.Κ.: ………………………………………………………………….  Τηλ. κατοικίας: …………………………………………………  Κινητό τηλ.: ……………………………………………………...  E-mail: ………………………………………………………………  Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΝΑ ΣΤΑΛΕΙ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  ΝΑΙ 🞏 ΟΧΙ 🞏  Ημερομηνία: ……………….2020 | **Προς τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του ΔΙΠΑΕ**  Σας παρακαλώ να με διαγράψετε από τα μητρώα φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής διότι ………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………..  Συνημμένα   1. Υπεύθυνη Δήλωση 2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα   Ο/Η Αιτ……….  (Υπογραφή) |

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ της ΣΕΥ του ΔΙΠΑΕ** | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | |  | | | | Τηλ: |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | Οδός: | |  | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Επιθυμώ τη διαγραφή μου από το Μητρώο Φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης της ΣΕΥ του |
| ΔΙΠΑΕ |
|  |
|  |
|  |
| (4) |

Ημερομηνία:

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.