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

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ**  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: ………………………………………………………………  Ημερομηνία …………………….2021 | **Προς τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του ΔΙΠΑΕ**  Παρακαλώ να προβείτε σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για να καταστώ πτυχιούχος του Τμήματος, διότι έχω περατώσει με επιτυχία όλες τις απαιτούμενες από το νόμο υποχρεώσεις στο Τμήμα Νοσηλευτικής.  Η τελευταία μου υποχρέωση στο Τμήμα ήταν …………………………………… (Μάθημα-Πρακτική-Πτυχιακή)  Σας καταθέτω:   1. Βιβλιάριο σπουδών ή βεβαίωση υπογεγραμμένο/νη από το Γραφείο Διασύνδεσης. 2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα 3. Βιβλιάριο Κλινικής Άσκησης   Ο/Η Αιτ……….  (Υπογραφή) |