|  |  |
| --- | --- |
| **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: ………………………………………………………………  ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ:   1. Ταχυδρομικώς (απλό ταχυδομείο) στη διεύθυνση που σας έχω υποδείξει. 2. Αποστολή στο email που σας έχω υποδείξει. 3. Παραλαβή από τη Γραμματεία κατόπιν ραντεβού.   (ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΤΡΟΠΟΥΣ)  Ημερομηνία: ……………….2021 | **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.