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

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ** Επώνυμο : …………………………………………………………Όνομα: ……………………………………………………………..Πατρώνυμο: ……………………………………………………..Μητρώνυμο: …………………………………………………….Σχολή: Επιστημών ΥγείαςΤμήμα: Νοσηλευτικής ΘεσσαλονίκηςΑριθμός 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 ………………………………………………………………..………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..Συνημμένα1. 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.