

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

ΑΚΑΔ. ΈΤΟΣ:
ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ
ΜΗΤΡΟΝΥΜΟ
ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ/ΘΥΛΗ
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
.....
ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ
ΑΡ. ΔΗΜΟΤ.(κορίτσια).....
ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ
ΧΩΡΑ ΈΚΔΟΣΗΣ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
Οδός.....
Πόλη Τ.Κ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΚΙΝΗΤΟ.....
EMAIL:
ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (Σημειώστε με Χ)
ΓΕΛ ΕΠΑΛ ΗΜ. ΕΠΑΛ ΕΣΠ
Λόγοι Υγείας Ομογενής
Αλλοδαπός

ΠΡΟΣ

τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στα μητρώα του
Τμήματος Νοσηλευτικής

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Την **παρούσα** αίτηση εγγραφής στο Τμήμα υπογεγραμμένη (συνημμένη)
2. Φωτοαντίγραφο απολυτηρίου Λυκείου
3. Φωτοαντίγραφο ΑΔΤ ή διαβατηρίου
4. Ευκρινές φωτοαντίγραφο πιστοποιητικού διαπίστωσης της πάθησης
5. Υπεύθυνη Δήλωση περ ί συναίνεσης διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων και μη εγγραφής σε άλλο Ίδρυμα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης η οποία πρέπει να φέρει με γνήσιο της υπογραφής (συνημμένη)
6. Δύο (2) φωτογραφίες
7. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
8. Πιστοποιητικό γέννησης (μόνο άρρηνες)
9. Βεβαίωση διαγραφής (όπου απαιτείται)

Ο/Η ΑΙΤΩΝ.....

Ημερομηνία:

.....
(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⁾ :	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:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):	-----			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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:

1. Συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τις υπηρεσίες του ΔΙ.ΠΑ.Ε.,
2. Δεν είμαι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Τμήμα/Σχολή της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης,
3. Δηλώνω ότι τα ορθά στοιχεία μου είναι τα εξής:

(Συμπληρώνεται **μόνο σε περίπτωση λανθασμένης καταχώρησης κατά την ηλεκτρονική εγγραφή π.χ ΑΔΤ, ΑΜΚΑ**)

Ημερομηνία: / /2021

Ο/Η Δηλώνων/Δηλούσα

(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.