|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **IHU_logo_blue_gr_updated.jpg** |  |   ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ | Αριθ. Πρωτ.:  Ημερομηνία:  (Συμπληρώνονται από τη Γραμ.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΤΑΚΤΗΡΙΕΣ**  ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………  ΟΝΟΜΑ:…………………………………………..  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………..  ΜΗΤΡΟΝΥΜΟ:………………………………….  ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………  ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:………………………….  ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:……………………………….. ΗΜΕΡ. ΈΚΔΟΣΗΣ:………………………………  ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:…………………………….  ΧΩΡΑ ΈΚΔΟΣΗΣ:………………………………  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  Οδός…………………………………………………  Πόλη …………………………Τ.Κ ………………..  ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦ.: ……………………………  ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………  EMAIL ……………………………………………..   |  | | --- | | Συμπληρώστε αν είστε το πρώτο τέκνο φοιτητής/φοιτήτρια στην οικογένεια:  ΝΑΙ: 🞎 ΟΧΙ: 🞎 | | Συμπληρώστε εάν οι γονείς σας κατέχουν πτυχίο τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης:  Ένας εκ των δύο: 🞎 Και οι δύο: 🞎  Ημερομηνία …………………………..  Αριθ. μητρώου:………………………….  (Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία) | | **ΠΡΟΣ**  **Τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής**  Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στα μητρώα του Τμήματος Νοσηλευτικής καθώς εξετάστηκα επιτυχώς στις κατατακτήριες εξετάσεις του ακαδ. έτους 2023-24.  ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ   1. Την **παρούσα** αίτηση εγγραφής 2. Υπεύθυνη Δήλωση περ ί μη εγγραφής σε άλλο Ίδρυμα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και συναίνεσης διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων 3. Δύο (2) φωτογραφίες 4. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ   **Προσοχή**: Η αίτηση και η υπεύθυνη δήλωση πρέπει να είναι υπογεγραμμένες και να φέρουν το **γνήσιο της υπογραφής** από αρμόδια αρχή (ΚΕΠ ή Αστυνομική Αρχή ή μέσω gov.gr).  Ο/Η ΑΙΤΩΝ……    ……………………………………  (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: |
| Δεν είμαι εγγεγραμμένος/νη σε άλλο Ίδρυμα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του εσωτερικού και συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τις υπηρεσίες του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (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.