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

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο : …………………………………………………………  Όνομα: ……………………………………………………………..  Πατρώνυμο: ……………………………………………………..  Μητρώνυμο: …………………………………………………….  Σχολή: Επιστημών Υγείας  Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  Αριθμός Μητρώου: …………………………………………..  Έτος Εισαγωγής: ……………………………………………….  Τηλ. κατοικίας: …………………………………………………  Κινητό τηλ.: ……………………………………………………...  E-mail: ………………………………………………………………  Ημερομηνία: ……………….2022 | **Προς τη Γραμματεία του Τμήματος**  Σας παρακαλώ ………………………………………….. ……………………………………………………………………… ……………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………  Συνημμένα   1. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας 2. Φωτοαντίγραφο Απόφασης/Πράξης   Ο/Η Αιτ……….  (Υπογραφή) |