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

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  ΕΠΩΝΥΜΟ ………………………………………  ΟΝΟΜΑ …………………………………………..  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ …………………………………..  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ……………………………………..  ………………………………………………………….  ΤΗΛΕΦΩΝΟ ……………………………………..  EMAIL: ……………………………………………..  ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜ. Ή ΣΧΟΛΗΣ: ……..  ………………………………………………………….  Ημερομηνία: …………………………………… | **ΠΡΟΣ**  **τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης**  Παρακαλώ επιθυμώ να συμμετάσχω στις κατατακτήριες εξετάσεις του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης της Σχολής Επιστημών Υγείας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος.  Συνημμένα καταθέτω:   1. Πιστοποιητικό Αποφοίτησης 2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας   Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ  …………………………………….. |