**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ** **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ** **2024-25**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: ……………………………………………………  Όνομα: .………………...……………………………………  Πατρώνυμο: …………………………….……….………….  Ημερομηνία γέννησης: ….…./…….…./…………………  Τόπος γέννησης: ..…………………………………………  Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: …………………..………………  ΑΦΜ: ………..……………………………………………….  Δ.Ο.Υ.: …………….…………………………………………  Πτυχιούχος (ΙΔΡΥΜΑ/ΤΜΗΜΑ)  ………….…………….…………….…….….………………..  Διεύθυνση: …………………………..……..……………..  Τηλέφωνο: …………………………….…….………………  Κινητό: …………………………………………….………….  E- mail: ……………...……………………………………….. | Πρόσφατη  φωτογραφία  Παρακαλώ να κάνετε δεκτή  την αίτησή μου για συμμετοχή στο  Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  **«ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»**  Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται.  Υπογραφή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ημερομηνία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ. ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση:** [**anatomy.duth@gmail.com**](mailto:anatomy.duth@gmail.com)  1. Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Λειτουργίας και συμφωνώ με τους όρους και προϋποθέσεις επιλογής.  2. Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου, σύμφωνα με τις ημερομηνίες που θα ανακοινωθούν ηλεκτρονικά. | |