|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα:  |
| Όνομα Πατρός:  |
| Όνομα Μητρός: |
| Αρ. Ταυτότητας: |
| Ημ/νία Έκδ. Ταυτότητας: |
| Αρχή Έκδ. Ταυτότητας: |
| Ημ/νία Γέν.: |
| Τόπος Γέν.: |
| ΔΟY: |
| ΑΦΜ: |
| Δ/νση κατοικίας:ΤΚ: Πόλη: |
| Τηλ.: |
| e-mail: |
|  |
| Ημερομηνία |

 | ΠροςΤη Γραμματεία του ΠΜΣ**«Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.Μετά την έκδοση των αποτελεσμάτων επιλογής του ΠΜΣ, αποδέχομαι τη θέση και παρακαλώ να με εγγράψετε στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. |
|  | Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ****ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ****ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ****«** **Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»** | sim1 |

**ΑΙΤΗΣΗ**