

ΑΙΤΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

.....

.....

TAX. ΚΩΔ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ:

EMAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ /ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΗΜ/ΝΑΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ

EMAIL :

ΠΡΟΣ

τη Γραμματεία του Τμήματος

Κοινωνικής Εργασίας

της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού
Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στις
κατατακτήριες εξετάσεις του Τμήματος:

Κοινωνικής Εργασίας

της Σχολής Επιστημών Υγείας .

Είμαι πτυχιούχος:

.....

.....

Συνημμένα υποβάλω:

- Α. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών. Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού συνυποβάλλεται και βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από το Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.)

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....

(υπογραφή)

Ημερομηνία://