

***ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ***

***ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ***

***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2024-25***

***(ΚΑΤΑΚΤΗΡΙΕΣ)***

ΟΝΟΜΑ:…………………………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ:……………..…………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:. ……………..………………………..

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:......................................................

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:......../.........../.............

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.........................................................ΑΡΙΘΜΟΣ: …...

ΤΚ:................................

ΠΟΛΗ:…….………………………………………………...

ΝΟΜΟΣ:..........................................................................

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: ΣΤΑΘΕΡΟ:……..……………………

ΚΙΝΗΤΟ:……...……………………… EMAIL……………..………………………..

\*ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ ΔΗΜΟΥ:……………………………………………………..

\*ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ:………………………………………………….

ΑΜΚΑ:..................................................................................

 Ημερομηνία………………………….

 ΥΠΟΓΡΑΦΗ

\*ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΡΡΕΝΕΣ