|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ** | : |  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |  | **Όνομα Πατέρα** | **:** |  |
| **Διεύθυνση**  | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Σχολή Προέλευσης** | **:** |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Συμμετοχή σε εξετάσεις κατάταξης** |
|  |
| Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στις εξετάσεις κατάταξης και για το λόγο αυτό σας υποβάλλω |
| συνημμένα τα παρακάτω: |

|  |
| --- |
| 1. ………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………………………………
 |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |