|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 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 | | Προς  Τη 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**