



ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ  
DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE

## ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

#### «ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΥ ΥΨΝΟΥ»

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (έναρξη ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 2021-2022)

#### ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_

Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Τ. Κ.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνα

Οικίας: \_\_\_\_\_

Εργασίας: \_\_\_\_\_

Κινητό: \_\_\_\_\_

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Τόπος γέννησης: \_\_\_\_\_

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: \_\_\_\_\_

ΑΦΜ: \_\_\_\_\_

Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση: \_\_\_\_\_

Ιδιότητα – Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

ΠΡΟΣΦΑΤΗ  
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«Ιατρική του Ύψνου»

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ. Ιατρική του Ύψνου (Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Πνευμονολογικής Κλινική Δ.Π.Θ. Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη, 68100) ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων.

1. Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Λειτουργίας και συμφωνώ.
2. Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου σύμφωνα με τις διαδικασίες που θα ανακοινωθούν.