



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023-2024**

**ΠΡΟΣ**  
**ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  
**ΤΗΣ Σ.Ε.Υ. ΤΟΥ ΔΙ.ΠΑ.Ε.**

ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΝΟΜΟΣ..... ΠΟΛΗ.....

ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘΜΟΣ.....

ΔΗΜΟΣ..... Τ.Κ.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

E-MAIL.....

\*ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ ΔΗΜΟΥ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ.....

ΑΜΚΑ:.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.

Ημερομηνία.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

\*Το μητρώο αρρένων συμπληρώνεται μόνο από τα αγόρια,  
είναι απαραίτητο για τη στρατολογία και αναγράφεται  
στο απολυτήριο λυκείου, σε πιστοποιητικό γέννησης ή οικογενειακής κατάστασης.