

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτηση μου για συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσεις του

ΟΝΟΜΑ:..... Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΔΙΠΑΕ για το

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ;..... ακ. Έτος 2023-2024

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

Τ.Κ:

ΠΟΛΗ:..... Συνημμένα υποβάλω:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:.....

Email:.....

Πτυχιούχος Τμήματος.....

.....

Συνημμένα υποβάλω:

1. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικό ολοκλήρωσης σπουδών στο οποίο να αναγράφεται ο βαθμός πτυχίου
2. Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για το ομοταγές (μόνο για πτυχιούχους εξωτερικού)

ΘΕΜΑ: ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ