

 **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

 **ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

 **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ (Π.Μ.Σ.)**

**«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Ταχ. Δ/νση**: Τ.Κ 57400 Τ.Θ 141 Σίνδος Θεσ/νίκης

**Πληροφορίες:** Γιοβανούδη Θ.

**Τηλ.:** 2310-013100

**Email:diabetes@teithe.gr** Αρ.Πρωτ.: ………………

 Ημερομηνία:……………

 **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

 Σας παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή μου στο Α’ εξάμηνο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο **«Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη»** του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙΘ για το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2015-2016.

**ΕΠΩΝΥΜΟ.……………………………………………ΟΝΟΜΑ………………………………………….…………. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ……………………………………… ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ……………………..…………….**

**ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ …………………………………………… ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ …………………………**

**ΑΡΙΘΜ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΔΗΜΟΥ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ …………….…… …ΑΡ. ΜΗΤ. ΑΡΡΕΝΩΝ:………………..**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:**

**ΠΟΛΗ…………………………………… ΣΥΝΟΙΚΙΣΜΟΣ/ΔΗΜΟΣ ……………………………………………..**

**Τ.Κ……………………………………….ΟΔΟΣ…………………………… ……. ΑΡΙΘΜΟΣ…………………….**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ……………………………… … ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ:………………………………………**

**ΚΙΝΗΤΟ :……………………… ……….…………………………**

**E-mail………………………………………………………………**

**Α.Δ.Τ.:……………………………ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ……………………….Α.Τ.ΕΚΔΟΣΗΣ:…………………**

**ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (Η); (ΝΑΙ-ΟΧΙ αν ΝΑΙ ΑΜΕΣΗ ή ΈΜΜΕΣΗ)…………………………………….**

  **Θεσσαλονίκη ……./……../2016**

 **ΥΠΟΓΡΑΦΗ**