***ΑΙΤΗΣΗ***

***Μην εκτυπώσετε την παρούσα αίτηση.***

***Συμπληρώστε τα πεδία του Πίνακα και επισυνάψτε το παρόν αρχείο στο email της Γραμματείας σε αρχείο word.***

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση εγγραφής μου στο ΔΠΜΣ ***«Εφαρμοσμένη Γεροντολογία και Γηριατρική»***.

Ακαδημαϊκό έτος: **2025**-**2026**. Συμπληρώστε με πεζοκεφαλαία και **τ ό ν ο υ ς** όπου χρειάζονται, (*π.χ.: Γεώργιος*).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επίθετο** (στη σειρά: Ελληνικά ΚΑΙ Λατινικά όπως στη ταυτότητα)  π.χ.: Γεωργιάδης Georgiadis | |  | |
| **Όνομα** (στη σειρά: Ελληνικά ΚΑΙ Λατινικά όπως στη ταυτότητα),  *π.χ.: Γεώργιος Georgios* | |  | |
| **Πατρώνυμο** (στη σειρά: Ελληνικά ΚΑΙ Λατινικά όπως στη ταυτότητα) | |  | |
| **Μητρώνυμο** (στη σειρά: Ελληνικά ΚΑΙ Λατινικά όπως στη ταυτότητα) | |  | |
| **E-MAIL \*** | |  | |
| **Διεύθυνση** (στη σειρά: οδός, αριθμός, ΤΚ, πόλη, νομός) | |  | |
| **Σταθερό Τηλέφωνο** (αν υπάρχει) | |  | |
| **Κινητό Τηλέφωνο** (το δικό σας, συμπληρώνεται **υποχρεωτικά**) **\*** | |  | |
| Στη σειρά: **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας, Ημερομηνία Έκδοσης, Αρχή Έκδοσης**, **Τόπος Έκδοσης** (και αν **δεν** είναι ελληνική σημειώστε επιπρόσθετα τη **Χώρα Έκδοσης** πχ Κύπρος, ή σημειώστε αν είναι στρατιωτική/αστυνομικών υπαλλήλων) | |  | |
| **Επαγγελματική Κατάσταση** (π.χ. Ιατρός, Δικηγόρος, Άνεργη/ος, κλπ.) | |  | |
| **Ημερομηνία Γέννησης** (όπως στη ταυτότητα *π.χ.: 31/06/1990*) | |  | |
| **Τόπος Γέννησης** (στη σειρά: Ελληνικά ΚΑΙ Λατινικά όπως στη ταυτότητα) | |  | |
| **Υπηκοότητα** | |  | |
| **ΑΦΜ** | |  | |
| **ΔΟΥ**  (εφορία που ανήκετε) | |  | |
| **ΑΜΚΑ** και **Χώρα Έκδοσης ΑΜΚΑ**  (Τα **ελληνικά ΑΜΚΑ** είναι **11 ψηφία**, ενώ όσοι **δεν** έχουν **ελληνικό** **ΑΜΚΑ** θα επισυνάψουν μαζί με αυτήν την αίτηση και σαρωμένο νόμιμο έγγραφο ταυτοπροσωπίας: π.χ.: Ταυτότητα/Διαβατήριο/Δίπλωμα Οδήγησης) | |  | |
| **Τίτλος πτυχίου** (στα ελληνικά) | |  | |
| Στη σειρά: **Τμήμα, Σχολή Αποφοίτησης, Ίδρυμα ΑΕΙ/ΤΕΙ Αποφοίτησης** (στα ελληνικά, όπως αναγράφονται στο πτυχίο),  *π.χ.: Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης* | |  | |
| Ο/Η υποψήφι…α  ……..  (Υπογραφή/η ηλεκτρονική αποστολή έχει ισχύ της ενυπόγραφης αίτησης) | Ημερομηνία  Θεσσαλονίκη ……………………….. | |

**\***Είναι απαραίτητο να συμπληρωθεί e-mail το οποίο να λειτουργεί και να ελέγχεται τακτικά, από εσάς ή από κάποιον που θα σας ειδοποιεί, επειδή η επικοινωνία με τους καθηγητές σας και τη γραμματεία θα γίνεται αποκλειστικά μέσω αυτού. Επίσης, στο **κινητό τηλέφωνο** που θα δηλώσετε θα σας έρθει **μήνυμα από το ΚΗΔ του ΑΠΘ** για δημιουργία **Ιδρυματικού Λογαριασμού** (για **κινητά εκτός Ελλάδος** θα προσθέσετε και τον κωδικό κλήσης στον οποίο ανήκετε: *π.χ.:* ***00ΧΧ****…*).