|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ** | : |  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | : |  |
| **ΟΝΟΜΑ** | : |  |
|  |  |  |
| **Όνομα Πατέρα** | : |  |
| **Όνομα Μητέρας** | : |  |
|  |  |  |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου** | : |  |
|  |  |  |
| **Ημ/νία Γέννησης** | : |  |
| **Τόπος Γέννησης** | : |  |
|  |  |  |  |
| **Φύλο** | : | ΑΡΡΕΝ [ ]  | ΘΗΛΥ [ ]  |
| **Αριθμός Μητρώου Αρρένων Δήμου** | : |  |
|  |  |  |
| **Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας** | : |  |
| **Διεύθυνση επικοινωνίας**  | : |  |
| **Τηλέφωνα επικοινωνίας** | : |  |
| **Email επικοινωνίας** | : |  |
|  |  |  |  |
| **Τρόπος Εισαγωγής** | : | [ ]  | **ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ** |
|  |  | [ ]  | **ΕΠAΛ** |
|  |  | [ ]  | **ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΘΕΣΗΣ**  |
|  |  | [ ]  | **ΟΜΟΓΕΝΗΣ** |
|  |  | [ ]  | **ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ – ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ**  |
|  |  | [ ]  | **ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:** ……………………………………… |
|  |  | [ ]  | **ΚΑΤΑΤΑΞΗ** |
|  |  |  |
| **Εξάμηνο 1ης Εγγραφής** | : |  |
| **Σπουδαστικό Έτος** | : |  |
| **Δηλώνω ότι δεν είμαι εγγεγραμμένος/η σε άλλη Σχολή ή Τμήμα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Ελλάδας και ότι επιθυμώ να παρακολουθήσω τα μαθήματα που δηλώνω στο έντυπο που συνημμένα υποβάλλω.** |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |