 

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Διέυθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, 502 00 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ

Τηλ.: 2461 0 68000 (Εσωτ. 1510) Fax: 2463 0 80899

Email: [sec-ergo@teiwm.gr](mailto:sec-ergo@teiwm.gr)

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………….…………… ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..………………  ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: ……………………………………………….………  ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ..........................................  ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ……………………………………………..………… ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Δ/ΝΣΗ: …………………………….…………………………….……  ΠΟΛΗ: ……………………………………………………..…….……  Τ.Κ.: ……………………………………………………………….……  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………….……………………..……  ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………………...………  Email:…………………………………………………..……………… | Παρακαλώ, δεχτείτε την αίτηση εκδήλωση ενδιαφέροντος για συνεργασία με το Τμήμα Εργοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας για το ακαδημαϊκό έτος ……….….. / ………….. Ο/Η Αιτών/ούσα **(υπογραφή)**    *Κοζάνη, ……… / ……. / 201….* |