**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Διεύθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ. 50200 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ**

**Τηλ.: 24610-68000 (Εσωτ. 1510) Fax: 24630-80899**

**Email:** **ot@uowm.gr****, ιστοσελίδα: https://ot.uowm.gr/**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………..…….…………****ΟΝΟΜΑ: …………………………….…………****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….………………****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….………..****ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: …………………………****ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………..****ΑΡ.ΑΣΤ.ΤΑΥΤΟΤ.: …………………………..****ΑΜΚΑ: …………………………………………****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………….. ………………………………………………….****……………………………….………………….****ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..………………….****ΚΙΝΗΤΟ: ………………………………………****E-mail: ………………..………………………..**  |  |   **ΑΡ.ΠΡΩΤΟΚ.:……………………….…..** **ΗΜΕΡ.ΠΑΡΑΛ:…………..………………** **ΠΡΟΣ:****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ** **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτησή μουγια συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσειςτου τμήματος.Είμαι πτυχιούχος ……………………………..……………………………………………………………………………………………………Συνοδευτικά σας υποβάλλω:1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου
2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας
3. …………………………………………
4. ………………………………………..

 **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….****Ο/Η Αιτ…………** **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**  |