**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**](mailto: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 μου  για συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσεις  του τμήματος.  Είμαι πτυχιούχος ……………………………..  …………………………………………………  …………………………………………………  Συνοδευτικά σας υποβάλλω:   1. Φωτοαντίγραφο πτυχίου 2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας 3. ………………………………………… 4. ………………………………………..   **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….**  **Ο/Η Αιτ…………**  **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)** |