**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

  Ταχ. Δ/νση : Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ.50200 Πτολεμαΐδα

Πληροφορίες: Σχουλίδου Καλλιόπη, Πατσίκας Κωνσταντίνος

Τηλέφωνο: 2461068055-57

Email: **ot@uowm.gr** Ιστοσελίδα: <https://ot.uowm.gr/>



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

 Ημερομηνία Παραλαβής: ……………..…………………

 Αριθμ. Πρωτοκ.: ………………………………..

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο: Όνομα Πατρός:

Αρ. Μητρώου: Εξάμηνο φοίτησης: Τρόπος Εγγραφής:

Τηλέφωνο: E-mail:

Ίδρυμα Προέλευσης:

Τμήμα Προέλευσης:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Τμήμα Προέλευσης****Κωδικός και Τίτλος Μαθήματος** | **Τμήμα Υποδοχής****Κωδικός και Τίτλος Μαθήματος** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

Παρακαλώ δεχτείτε την αίτηση μου για την αναγνώριση των παραπάνω μαθημάτων.

Συνημμένα υποβάλλονται:

1. Αναλυτική Βαθμολογία προηγούμενου Τμήματος Φοίτησης
2. Περιγράμματα Μαθημάτων ή οδηγός Σπουδών, προηγούμενου Τμήματος Φοίτησης

|  |
| --- |
| Ημερομηνία: .................................................. Ο /Η αιτ……  ………..…………………. |

 (υπογραφή)