|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΧΟΛΗ** | : | ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ |
| **ΠΜΣ** | : | «ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ & ΕΛΚΩΝ» |
| Ταχ. Δ/νση | : | ΑΓΙΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝΟΣ, 12243 ΑΙΓΑΛΕΩ, ΑΘΗΝΑ |
| Τηλέφωνο | : | 210 - 5385642 |
| Fax | : | 210 - 5385642 |
| Email | : | trauma@uniwa.gr |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | : |  |
| **ΟΝΟΜΑ** | : |  |
|  |  |  |
| **Όνομα Πατέρα** | : |  |
| **Όνομα Μητέρας** | : |  |
|  |  |  |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου** | : |  |
|  |  |  |
| **Ημ/νία Γέννησης** | : |  |
| **Τόπος Γέννησης** | : |  |
|  |  |  |  |
| **Φύλο** | : | ΑΡΡΕΝ [ ]  | ΘΗΛΥ [ ]  |
|  |  |  |
| **Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας** | : |  |
| **Διεύθυνση επικοινωνίας**  | : |  |
| **Τηλέφωνα επικοινωνίας** | : |  |
| **Email επικοινωνίας** | : |  |
| **Εξάμηνο Εγγραφής** | : | Δ’ |
| **Ακαδημαϊκό Έτος** | : |  |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΜΑΘΗΜΑ | ΕΞΑΜΗΝΟ | Π.Μ. | ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ |
| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | Δ | 30 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ | ΕΞΑΜΗΝΟ | . | ΕΠΙΛΟΓΗ |
| ΠΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ» |  | Δ |  |  |
| ΓΝΑ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» |  | Δ |  |  |

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