



ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ
ΤΙΤΛΟ

«ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΥ ΥΨΝΟΥ»

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (έναρξη ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 2025-2026)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: _____

Τ. Κ.: _____

Τηλέφωνα

Εργασίας: _____

Κινητό: _____

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____

Τόπος γέννησης: _____

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: _____

ΑΦΜ: _____

Δ.Ο.Υ.: _____

ΑΜΚΑ: _____

Οικογενειακή κατάσταση: _____

Ιδιότητα – Επάγγελμα: _____

ΠΡΟΣΦΑΤΗ
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«Ιατρική του Ύψνου»

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ. Ιατρική του Ύψνου (ηλεκτρονικά στο E-mail: nchlorop@affil.duth.gr) ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων.

1. Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Λειτουργίας και συμφωνώ.
2. Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου σύμφωνα με τις διαδικασίες που θα ανακοινωθούν.