

## Α Ι Τ Η Σ Η

## Π Ρ Ο Σ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....  
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ.....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ:.....  
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝ:.....  
Α.Δ.Τ.....  
Α.Μ.Κ.Α.....  
ΑΦΜ.....ΔΟΥ.....

Τη Γραμματεία  
Του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«*ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ*» του Τμήματος  
Ιατρικής της Σχολής ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οδός:.....Αριθ.:.....  
Πόλη:.....Τ.Κ.....  
Νομός:.....τηλ:.....

Μετά την έκδοση των αποτελεσμάτων  
επιλογής του ΠΜΣ, αποδέχομαι τη θέση και  
παρακαλώ να με εγγράψετε στο Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών «*ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑ-  
ΤΑΣΤΑΣΗ*» για το ακαδημαϊκό έτος 2022-  
2023.

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:.....Αριθ.:.....  
Πόλη:.....Τ.Κ.....  
Νομός:.....τηλ:.....  
Κινητό.....  
e-mail.....

Δηλώνω, ότι μετά την καταβολή των  
διδάκτρων δεν θα ζητήσω επιστροφή αυτών  
για οποιονδήποτε λόγο ακόμη και μετά από  
διακοπή της παρακολούθησης του  
Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

### **ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ**

#### **Πτυχιούχος**

Τμήματος.....  
Σχολής.....  
Έτος αποφοίτησης.....  
Απόφαση ΔΟΑΤΑΠ.....  
(Όπου χρειάζεται)  
Άλλοι τίτλοι σπουδών.....  
.....  
.....  
ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ.....  
.....

Λάρισα..... 2022

Ο/Η ΑΙΤ.....