|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ****ΤΜΗΜΑ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Λ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100, ΣπάρτηΤηλ.: 2731089689 – 89651**Αρ.πρωτ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*** **Ημερ/νια: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*** |
| **Α Ι Τ Η Σ Η ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | **Προς**: Τμήμα Φυσικοθεραπείας |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: .................................................... |  Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την |
| ΟΝΟΜΑ:........................................................... | εγγραφή μου στο Τμήμα σας. |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ................................................ | Ανήκω στην ειδική κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 3794/2009(ΦΕΚ 156Α)  Σας επισυνάπτω τα απαιτούμενα δικαιολογητικάσύμφωνα με σχετική απόφαση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων τα οποία είναι:1) Υπεύθυνη δήλωση2) Φωτοαντίγραφο απολυτηρίου Λυκείου3) 4 φωτογραφίες τύπου αστυν. Ταυτ. Έγχρωμες4) Φωτοαντίγραφο πιστοποιητικού διαπίστωσης της πάθησης μου. ............................................................................................................................................. |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .............................................. |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ....................................... |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..................................... |
| ................................. |
| ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ: 2020**ΑΜΚΑ**: .................................................... |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** |
| ΠΟΛΗ: ...................................................... |
| ΟΔΟΣ: .............................................................. |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:.............................Τ.Κ. ................... |
| ΤΗΛΕΦ. ΣΤΑΘΕΡΟ: .....................................ΤΗΛΕΦ. ΚΙΝΗΤΟ: ……………………….. |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: .......................................................ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ..........................................ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: .................................. |  |
| Ο αιτών/ούσα |
|  |
| e-mail: ………………………………….. | (υπογραφή) |
| ΤΡΟΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ : ειδική κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 3794/2009(ΦΕΚ 156Α)  |  |