|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  **ΤΜΗΜΑ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  Λ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100, Σπάρτη  Τηλ.: 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 δικαιολογητικά  σύμφωνα με σχετική απόφαση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων τα οποία είναι:  1) Υπεύθυνη δήλωση  2) Φωτοαντίγραφο απολυτηρίου Λυκείου  3) 4 φωτογραφίες τύπου αστυν. Ταυτ. Έγχρωμες  4) 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) | |  |