

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………

ΟΝΟΜΑ:………………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:………………………………………….

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:………………………………………….

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…………………………………

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:………………………………....

***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:***

ΠΟΛΗ:……………………………………………………..

ΟΔΟΣ:………………………………………………………

ΑΡΙΘΜΟΣ:…………........Τ.Κ…………………………

ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:………………………………………..

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:………………………………………….

***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ***

ΑΡΙΘΜΟΣ:………………………………………………..

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:……………………………………….

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:…………………………………

email: ……………………………………………………….

ΤΡΟΠΟΣ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ-ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ-ΚΥΠΡΙΩΝ

………………………………………………………………….

Σπάρτη ……………………/ /2025

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Λ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100,Σπάρτη

Τηλ.: 2731089689 – 89684

**ΠΡΟΣ**

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την εγγραφή μου στο Τμήμα σας ως επιτυχών/ούσα ακαδ. έτους ………………….

Σας επισυνάπτω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά ως ακολούθως:

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

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

……………………………………