|  |  |
| --- | --- |
| IHU_logo_blue_gr_updated  **Α Ι Τ Η Σ Η**  **ΕΠΩΝΥΜΟ:**…………………………..  **ΟΝΟΜΑ:.**..………..……………………  **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ;**………………………..  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**:….…………  . ………………..…………….……  **Τ.Κ:** ……………………………………  **ΠΟΛΗ**:…………………………………  **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ**.:………………………..    **Email:**………………………………….  **Πτυχιούχος Τμήματος**……………  ………………………………………..  **ΘΕΜΑ:** ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕ  ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ…..……………….. | ΠΡΟΣ  ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  ΤΗΣ ΣΕΥ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕ  Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτηση μου για συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσεις του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΔΙΠΑΕ για το ακ. Έτος 2024-2025    Συνημμένα υποβάλω:   1. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικό ολοκλήρωσης σπουδών στο οποίο να αναγράφεται ο βαθμός πτυχίου 2. Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για το ομοταγές (μόνο για πτυχιούχους εξωτερικού)   Ο/Η ΑΙΤ…….  ΥΠΟΓΡΑΦΗ |