|  |  |
| --- | --- |
|   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 ΔΙΠΑΕΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ…..……………….. | ΠΡΟΣΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣΤΗΣ ΣΕΥ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕΠαρακαλώ 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 |