**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

**ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2024-2025**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………………………………………………………………………..**

**ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………………………………………………………………………….**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: ………………………………………………………………………………………………….**

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: ……………………………………………………………………………………………….**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ……………………………………………………………………….**

**ΝΟΜΟΣ: ……………………………………………………………………………………………………………….**

**ΠΟΛΗ: ………………………………………………………………………………………………………………….**

**ΟΔΟΣ: …………………………………………………………………………………ΑΡ: .…….**

**ΔΗΜΟΣ: ………………………………….………………………………**

**Τ.Κ. : …………………………… ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………………………….**

**Email: …………………………..………………………………………………………………………………………**

**Κινητό τηλέφωνο:…….………………………………………………………………………………………**

**ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ: …………………………………………………………………………………………….**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ( ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΔΗΜΟΣ, Τ.Κ.)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………**

**ΑΜΚΑ:……………………………………………. ΑΦΜ:……………………………………………..**

**Συμπληρώστε αν είστε το πρώτο τέκνο φοιτητής στην οικογένεια**

**Ναι: Όχι:**

**Συμπληρώστε αν οι γονείς κατέχουν πτυχίο Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης:**

**Ένας εκ των δύο:**

**Και οι δύο:**

*(Το μητρώο αρρένων συμπληρώνεται* ***ΜΟΝΟ*** *από τα αγόρια, είναι απαραίτητο για τη στρατολογία και αναγράφεται στο απολυτήριο λυκείου, σε πιστοποιητικό γέννησης ή οικογενειακής κατάστασης).*

**Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.**

 **Σίνδος, …………………………..**

 **ΥΠΟΓΡΑΦΗ**