|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΧΟΛΗ** | : | ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ | | |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ | | |
| **ΠΜΣ** | : | «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» | | |
| Ταχ. Δ/νση | : | ΑΓΙΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝΟΣ, 12243 ΑΙΓΑΛΕΩ, ΑΘΗΝΑ | | |
| Τηλέφωνο | : | 210 - 5385 | | |
| Fax | : | 210 - 5385 | | |
| Email | : | [acn@uniwa.gr](mailto:acn@uniwa.gr) | | |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | | | : |  |
| Ημ/νία | | | : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | : | | | | |  | | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ** | : | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |
| **Όνομα Πατέρα** | : | | | | |  | | | | | | |
| **Όνομα Μητέρας** | : | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου** | | | | | | | | | : | | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | | |
| **Ημ/νία Γέννησης** | : | | | | |  | | | | | | |
| **Τόπος Γέννησης** | : | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | |
| **Φύλο** | | | | | : | | | ΑΡΡΕΝ | | ΘΗΛΥ | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | |
| **Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας** | | : |  | | | | | | | | | |
| **Διεύθυνση επικοινωνίας** | | : |  | | | | | | | | | |
| **Τηλέφωνα επικοινωνίας** | | : |  | | | | | | | | | |
| **Email επικοινωνίας** | | : |  | | | | | | | | | |
| **Εξάμηνο Εγγραφής** | | | | : | | **Β’** | | | | | | |
| **Ακαδημαϊκό Έτος** | | | | : | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΜΑΘΗΜΑ | ΕΞΑΜΗΝΟ | Π.Μ. | ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ |
|
| ΟΛΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ | | | |
| Πρώτες Βοήθειες και Μαζικές καταστροφές | Β | 10 | Χ |
| Διοίκηση στο κλινικό χώρο και Επικοινωνία | Β | 10 | Χ |
| Εκπαίδευση ασθενών και Συμβουλευτική | Β | 5 | Χ |
| Διασυνδετική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας | Β | 5 | Χ |
| **ΣΥΝΟΛΟ** |  | **30** |  |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |